KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH

W WARSZAWIE.

STYCZEŃ.

Tom IV. Rok IV. Zeszyt I.

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.
WARSZAWA 1925.

Rok IV. Warszawa, Styczeń 1925 r № 1

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

Z ODDZIAŁU OCZNEGO SZPITALA (ORDYNATOR L. ENDELMAN).

Przyczynek do etiologji ziarniniaków spojówki.

Podał
Adam Zamenhof.

Po operacjach zeza, a zwłaszcza po przemieszczeniu mięśnia, wytwarzają się czasem guzy, które — według opinji ogólnie przyjętej — spowodowane są bujaniem tkanki łącznej podspojówkowej. O wiele rzadziej zdarza się to jednak po zwykłym urazie i dlatego też uważałem za stosowne podać przypadek następujący.

Dziewczynkę dwunastoletnią uderzono kawałkiem drzewa w oko lewe. Wkrótce po wypadku zauważyła mały guzek na gałce w obrębie szpary powiekowej, u kąta zewnętrznego, gdzie wystawał dość znacznie ponad poziom gałki, coraz się zwiększał, przez co utrudniał nieco przymykanie powiek.

Gdy wreszcie po 2 tygodniach dziecko przyprowadzone zostało do Szpitala, obraz kliniczny przedstawiał się, jak następuje.

St. ob. Powieki normalne. Na gałce ocznej, nieco niżej miejsca przyczepu mięśnia prostego zewnętrznego, guz o wielkości dużego grochu, zwężony u podstawy, nieco spłaszczony, nieprzesuwalny, twardy. Powierzchnia guza nierówna, szara, trochę rozmiękczona. Spojówka dookoła guza obrzmiała, nastrzyknięta. Dookoła rogówki nastrzyku prawie niema. Źrenica normalna. $V = {}^{6}/_{6}$.

Wobec tego, że guz przeszkadzał chorej zamykać oko i zaczynał jakby wykazywać objawy rozpadu na powierzchni,

postanowiono go usunąć. W tym celu oddzielono go kilkoma cięciami nożyczek u podstawy, co obnażyło twardówkę i nałożono dwa szwy spojówkowe. Rana zagoiła się w parę dni. W przeciągu pierwszych kilku dni po operacji chora narzekała na widzenie podwójne, lecz to zresztą wkrótce ustało.

Badanie mikroskopowe wykazało, co następuje (patrz rysunki). Nabłonek spojówki normalny, układa się w zmarszczki. W pewnym miejscu widzimy przerwę na przestrzeni od 1 do 4 mm., zależnie od kierunku przekroju. Na brzegach tej przerwy nabłonek wywinięty.

Tkanka podspojówkowa nacieczona, naczynia rozszerzone kierują się w stronę ubytku nabłonka, który przekraczają, tworząc rodzaj pióropusza w masie, składającej się z licznych młodych komórek łącznotkankowych i leukocytów, przeważnie wielojądrzastych.

Naczynia stają się coraz cieńsze i rzadsze w miarę tego, jak zbliżają się ku obwodowi nowotworu, leukocyty zaś coraz liczniejsze.

Na samym obwodzie widzimy dość szeroką i wyraźną otoczkę, zabarwioną nieco ciemniej, a składającą się z gęstej siatki włóknika, usianej zwyrodniałemi ciałkami ropnemi — rodzaj błony wysiękowej.

Cały ten twór posiada kształt polipa. Wobec tego jednak, że nie jest pokryty nabłonkiem i składa się z młodej tkanki łącznej, obficie unaczynionej, może tu być mowa tylko o ziarninie zapalnej.

Zaznaczyć jeszcze należy, że w odcinku spojówki, znajdującym się pod tym ziarniniakiem, widzimy nietylko luźną tkankę adenoidalną i łączną, ale również kilka włókien mięśniowych w przekroju poprzecznym lub podłużnym. Prócz tego widzimy na niektórych skrawkach grube pęczki zbitej tkanki łącznej, składające się z włókien falistych, równoległych. Większość tych pęczków jakby urywa się, nie dochodząc do szyjki guza, niektóre jednak przechodzą przez przerwę w nabłonku i kończą się dopiero w masie ziarniny. Jak na zwykłą tkankę podspojówkową pęczki te mają budowę zbyt ścisłą, a obecność włókien sprężystych, układ falisty i wyraźne odgraniczenie od ziarniny przemawiają przeciw świeżej tkance bliznowatej. Zresztą pod temi pęczkami spotykamy większe naczynia, zbyt stare, jak na tkankę, liczącą dopiero dwa tygodnie. Ponieważ mamy tu do czynienia z urazem, łatwo możemy sobie wyobrazić, że są to resztki jakiejś dawniej istniejącej tkanki zbitej, wyplęte poprzez ranę w spojówce. Wobec tego, że włókna te znajdują się pomiędzy luźną tkanką podspojówkową z jednej strony, a warstwą grubszych naczyń z drugiej — musimy je uważać za strzępy otoczki mięśnia prostego lub skrzydeł jej, pokrywających gałkę między mięśniami i tworzących t. zw. przednią powięź Tenona. Błona ta stanowi, jak wiadomo, granicę pomiędzy spojówką właściwą a nadtwardówką.

Jeżeli zestawimy przypadek nasz z dość często zdarzającemi się ziarniniakami po operacji zeza i bardzo rzadko notowanemi powikłaniami tego rodzaju przy innych zabiegach na spojówce, mimowoli otrzymamy wrażenie, że tak zwane ziarniniaki spojówki najmniej od spojówki są zależne. To nadtwardówka w ten sposób reaguje na uraz, okoliczność bardzo ważna po głębokich ranach twardówki, które goją się przez wypełnienie ziarniną, pochodzącą z zewnątrz, albowiem sama twardówka zbyt mało ma naczyń, by mogla ziarninę wytworzyć.

Tak samo i przy zranieniu przedniej powięzi Tenona, tu bogata w naczynia tkanka nadtwardówkowa łatwo zostaje wypięta poprzez ubytek w uciskającej ją błonie i może ulec bujaniu, wytwarzając w ten sposób nową tkankę w kierunku spojówki. Okolice przyczepów mięśniowych, jak się zdaje, są pod tym względem najbardziej wrażliwe.

Ziarniniaki wytwarzają się częściej przy operacji przemieszczenia mięśnia, niż przy zwykłej tenotomji, a to dlatego, że, przeprowadzając szwy przez twardówkę, więcej pobudzamy tkankę nadtwardówkową do bujania, niż przecinając tylko mięsień z jego otoczką.

Mogę przytoczyć jeszcze i inne przypadki, w których warstwy powierzchowne twardówki reagują w ten sposób na uraz.

U chorych, którzy otrzymują zastrzyki pospojówkowe, spostrzegamy niekiedy w miejscach zastrzyku małe guzki, które czasem trwają dość długo, nie wywolując zresztą prawie żadnych objawów podrażnienia. Zazwyczaj rozchodzą się same po pewnym czasie, niekiedy jednak ulegają rozmiękczeniu i sprawiają wrażenie małego ropnia podspojówkowego. W jednym z takich przypadków, gdzie nawet posądzono lekarza o niedbałe wyjałowienie strzykawki, zbadałem zawartość guzka, wynik bakterjologiczny był ujemny. Mikroskop wykazał obecność ciałek ropnych, komórek limfatycznych i trochę włóknika. Sądzę, że w przypadkach, gdy guzki takie są twarde i nieprzesuwalne, mamy też do czynienia z bujaniem tkanki nadtwardówkowej po zranieniu igłą powięzi Tenona lub wskutek przedostania się do niej płynów drażniących.

Zresztą nawet t. zw. guzki nadtwardówkowe są przecież

także tylko reakcją zapalną nadtwardówki na czynniki drażniące, pochodzące z krwi przy skazach ogólnych.

Zachodzi teraz pytanie, dlaczego po operacjach na twardówce, jak sklerotomja przednia lub tylna, nie wykrywa się prawie nigdy żadnych zgrubień, wprost nawet przeciwnie, otrzymujemy blizny sączące.

Co do sklerotomji przedniej, łatwo to się daje wytłumaczyć tem, że w miejscu, gdzie ją wykonywamy, to jest przy rąbku rogówki, przednia powięź Tenona zlewa się już całkowicie z twardówką tak, iż luźna tkanka nadtwardówkowa w tym miejscu prawie już nie istnieje.

Przy sklerotomji tylnej zaś przedewszystkiem rana linijna bywa bardzo niewielka i wykonana narzędziem tak delikatnym, jak nóż Graefego. Pozatym miejsce nakłócia nie jest tak narażone na tarcie powiek lub na rozciąganie przez ruch mięśni ocznych, jak to ma miejsce przy uszkodzeniach w okolicy przyczepów mięśniowych, a zatem tkanka nadtwardówkowa otrzymuje mniej bodźców do wytwarzania bujnej ziarniny.

Dlatego też guzy, wywołane podrażnieniem zewnętrznym, jak operacje zeza i zastrzyki podspojówkowe, umiejscawiają się przeważnie około przyczepów, a guzy pochodzenia hematogennego, w *Episcleritis,* widzimy najczęściej w okolicach międzymięśniowych, to jest w miejscach spokojniejszych, gdzie nic nie przeszkadza skupianiu się czynników toksycznych.

Reasumując, możemy utrzymywać, że tak zwane ziarniniaki spojówki wywołane są przez podrażnienie tkanki nadtwardówkowej i, jako mające mało wspólnego ze spojówką, powinny być odniesione raczej do grupy zapaleń nadtwardówki.

Objaśnienie rysunków.

1) Guz, składający się z młodej tkanki łącznej.

2) Otoczka guza, składająca się z masy włóknika, zawierająca obumarłe ciałka ropne.

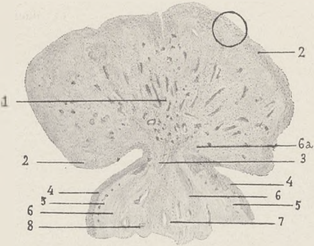
3) Szypuła guza.

4) Nabłonek spojówki.

5) Spojówka właściwa, składająca się z tkanki łącznej i drobnych naczyń.

6) Zbita tkanka łączna podspojówkowa, w 6a przenikająca do guza.


A.Z.


1
2
2
6a
3
4
4
5
6
6
5
8
7


2
9
10
11

7) Tkanka luźna nadtwardówki z grubszemi naczyniami i 8) włóknami mięśniowemi.

Krążek u dołu jest powiększeniem górnego krążka.

Widać w nim:

2) Jak wyżej.

9) Młode komórki łącznotkankowe.

10) Leukocyty.

11) Naczynia włoskowate.

Kilka uwag w sprawie kliniki i profilaktyki wysypek pobizmutowych.

Podał

Wacł. Sterling

Ord. oddz. dla chorób skórnych i wenerycznych.

Sprawa wysypek pobizmutowych znajduje się dziś niejako in statu nascendi, i dlatego też należy rejestrować każdy przypadek z tej dziedziny. Wobec tego podaję tu jeden własny, pomijając wszystkie szczegóły zbędne.

X. Y., 32-letni urzędnik, cierpi na przymiot późny, którego jedynemi objawami były uporczywe bóle głowy i odczyn W+++. Zastosowałem domięśniowo luatol Spiessa (Warszawa) i jodek potasu, odkładając wlewania salwarsanu na później—a to żeby uniknąć prowokacji w pojęciu Gennerich'a. Pierwsze trzy zastrzyknięcia luatolu chory zniósł bez żadnych następstw, natomiast od czwartego do dziesiątego włącznie w 4—6 godz. po każdym zastrzyknięciu regularnie występowała wysypka drobnopokrzywkowa. Wysypka obfita, mocno swędząca, umiejscawiała się na tułowiu, k. k. górnych (za wyjątkiem rąk) i k. k. dolnych, prócz stóp. Po upływie 12—18 godzin wysypka znikała bez śladu, jednocześnie ustępowało swędzenie. Zauważyć należy, że w miarę nowych nawrotów sprawa natężeniu nie ulegała, przy stosowaniu jednakowej dawki. Począwszy od 4 zastrzyku bizmutu, chory zaczął otrzymywać salwarsan — bez żadnych objawów ubocznych. Jednocześnie zacząłem stosować bizmut według Bezredki, t. j. zastrzyknąłem znikomą część dawki, resztę zaś dawki chory otrzymywał po $1^1/_2$ godz. Wszystkie następne 10 zastrzyków przeszły bez żadnych objawów skórnych. Przypadek ten zbadałem jeszcze w innym kierunku, w sensie uczulenia danego ustroju na bizmut. W tym celu chory otrzymał Bism. subni-

tricum doustnie, wcieranie 10% maści bizmutowej w skórę, okład z iuatolu per se — żadnych jednak objawów następczych nie zauważono.

Przypadek ten przedewszystkiem wskazuje, że sposób Bezredki w leczeniu bizmutem daje nam takie same dobre wyniki zapobiegawcze, jakie widywaliśmy przy stosowaniu tą metodą salwarsanu lub surowic (niewystępowanie wysypek posalwarsanowych, wzgl. posurowiczych). Oto są wnioski praktyczne.

Z teoretycznego punktu widzenia, jeżeli przypomnimy, że objawy skórne wystąpiły dopiero po 4 zastrzyknięciu, musimy przyjść do wniosku, ze mamy tu do czynienia z uczuleniem. Ponieważ chory znosił bezkarnie jod i salwarsan, to uczulenie jest jednowartościowe (monowalentne), w odróżnieniu od niezbyt rzadkich przypadków uczulenia wielowartościowego, kiedy np. ustrój, uczulony na salwarsan, zaczyna oddziaływać w tym samym sensie na rtęć i naodwrót.

Ujmując sprawę powikłań polekowych w najogólniejszych zarysach i chcąc ją usystematyzować, musimy liczyć na spotkanie się w klinice z kilkoma możliwościami:

1) Objawy występują już po pierwszym zastosowaniu leku. Mielibyśmy tu do czynienia z idjosynkrazją i wytłomaczylibyśmy to zjawisko w sposób następujący: w danym ustroju krąży jakieś białko, które się doń dostało drogą pozatrzewiową z jednej strony, z drugiej strony zadany lek w ustroju krąży w połączeniu również białkowym. Spotkanie tych dwu ciał powoduje powstanie tych objawów allergicznych skóry.

2) Objawy występują dopiero po n+1 zadaniu leku, i sprawa powtarza się po każdym nowym zadaniu (jak to miało miejsce w naszym przypadku). Wtedy mamy prawo mówić o uczuleniu skóry. Słuszności naszego poglądu dowodzi odczulenie metodą Bezredki. Jeżeli przypadki tej kategorji ujmiemy z punktu widzenia Jadassohna, to pomiędzy nimi i przypadkami I kategorji nie znajdziemy różnicy istotnej, zdaniem bowiem J., idjosynkrazja bywa wrodzona i nabyta wskutek częstego stykania się ustroju z pewnemi substancjami. Bardzo pouczające pod tym względem jest spostrzeżenie, którego autor, lekarz, potrafił wcieraniem pierwiosnków (*Primula obconica*) przez czas dłuższy w skórę ciała wywołać u siebie

i u swego brata uczulenie na ten bodziec, podczas kiedy drugi brat na ten zabieg nie reagował.

3) Objawy występują pośród leczenia i pomimo dalszego stosowania leku w sposób zwykły nie powtarzają się.

4) Przypadki, których przebieg nie daje się ująć w żadną regułę.

Tu już nasze teoretyczne przesłanki nie pozwalają na wyciągnięcie wniosku wyjaśniającego, co może zależyć jedynie od chwiejności praw, rządzących w tej tak mało dziś poznanej dziedzinie. I rzeczywistość pod postacią faktów klinicznych tej chwiejności odpowiada. W tej chwili na oddziale moim spostrzegam syfilityka, leczonego bizmutem i salwarsanem, dotkniętego pośród leczenia dość wybitną wysypką pod postacią rumienia wielokształtnego. Ponieważ chory niemal codziennie otrzymywał zastrzyknięcia, trudno było dojść, czy rumień był wywołany przez bizmut, czy przez salwarsan, okład zaś ze środka bizmutowego i t. p. żadnego odczynu nie wywołał. Po kilkodniowej przerwie, kiedy wykwity zbladły (ale całkowicie jeszcze nie ustąpiły), chory zaczął otrzymywać dalszą kurację o tym samym napięciu bez żadnych objawów.

Jednocześnie syfilityczka po zastrzyknięciu salwarsanu zauważyła wystąpienie rumienia wraz z podwyższeniem ciepłoty i silnemi bólami głowy. A kiedy, po ustąpieniu sprawy skórnej, otrzymała metodą Bezredki znikomą część dawki, już po tej minimalnej ilości leku zaczęła skarżyć się na silne bóle głowy i niedomaganie ogólne, co powstrzymało mnie od dalszego stosowania salwarsanu. Widzimy więc, jak rażąco sprzecznie zachowują się chorzy w tych przypadkach. Desensybilizacja nie może tłumaczyć nam zjawisk tej kategorji, gdyż dla jej wywołania zadajemy zwykle b. małe dawki substancji uczulającej, stopniowo je zwiększając, a w naszych przypadkach stosowaliśmy dawki zwykle, t. j. znacznie większe, niżby należało. Pewne wyjaśnienie tej sprawy znajdujemy w hypotezie, bardzo zresztą prawdopodobnej, o istnieniu rozmaitych stopni allergji w rozmaitych miejscach skóry. To nam tłumaczy, dlaczego pewne cierpienia mają właściwe sobie umiejscowienie, gdyż w przeważającej liczbie przypadków skóra w tych właśnie okolicach ma właściwą danemu cierpieniu allergję, jak to widujemy z reguły np. w przymiocie, wilku pospolitym, gruźlicy skóry.

W przypadkach rzadkich przymiotu z powodów nam nieznanych skóra dłoni lub podeszew nabiera własności allergicznych i wtedy wbrew normie widujemy grudki na tych miejscach. Przypadki rumieni, t. zw. stałych, potwierdzają nasze przypuszczenie. Są chorzy, stale miewający rumień poantypirynowy, zawsze występujący na jednym i tym samym miejscu, co dowodzi istnienia allergji względem tego leku w pewnym ograniczonym miejscu skóry. Miejsce to bywa siedliskiem wykwitu skórnego nawet po zewnętrznym stosowaniu leku. Widzimy stąd, że różnice miejscowe w allergji podlegają b. znacznym ograniczeniom co do lokalizacji. Ograniczenia te spotykamy i co do czasu. Są chorzy, którzy latami zażywają dany lek bezkarnie i nagle reagują wysypką. Są również tacy, którzy stale reagują wysypką i nagle znoszą go bezkarnie.

Wszystko to wskazuje, z jak różnolitym materjałem mamy w tej dziedzinie do czynienia i jak trudno dziś wyciągać jakieś wnioski. Dziś jedynie należy nam skrzętnie zbierać spostrzeżenia kliniczne i odpowiednio je grupować. Dopiero na mocy tego materjału drogą indukcji da się wyprowadzić prawo.

Z ODDZIAŁU CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH
(ORDYNATOR WACŁ. STERLING).

O leczeniu przymiotu, powikłanego schorzeniem nerek.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał
I. Milejkowski
Asystent oddziału.

Kwestja leczenia przymiotu, powikłanego schorzeniem nerek, zajmuje oddawna uwagę lekarzy-specjalistów. Złożyły się na to 2 przyczyny: 1) powaga i groza tych 2 chorób, wymagających natychmiastowego leczenia; 2) nieobojętne działanie środków swoistych na nerki. Daleki od rozstrzygnięcia w całej rozciągłości związanej z tym kwestji, chciałbym tu

tylko omówić, jakie powinno być, według naszego zdania, postępowanie lecznicze z punktu widzenia obecnych poglądów na tę sprawę i przytoczyć kilka obserwacji, zrobionych w tym kierunku na oddziale d-ra Sterlinga. Mając do czynienia z przypadkiem przymiotu, powikłanego schorzeniem nerek, musimy przedewszystkiem, w miarę możności, rozstrzygnąć, czy to schorzenie nerek jest swoiste lub nie. A wiadomo, że kwestja ta nie należy do łatwych. Dodatni odczyn Wassermana we krwi nie może być tu miarodajny, a to z tego powodu, że wskazuje tylko, iż mamy do czynienia z organizmem chorym na przymiot, nie rozstrzyga kwestji, czy to lub inne schorzenie w danym narządzie jest pochodzenia swoistego. Tutaj mamy zupełną analogję ze zjawiskiem Pirqueta; wynik dodatni tej reakcji także wskazuje tylko na to, że mamy do czynienia z organizmem, dotkniętym gruźlicą, a zupełnie również nie odpowiada na pytanie, czy dane schorzenie jest pochodzenia gruźliczego. Dawniej robione były próby na odcz. Wassermana z moczem chorych, i istniał nawet pogląd, że dodatni odczyn Wassermana w moczu wskazuje, że schorzenie nerek jest pochodzenia przymiotowego. Ale okazało się że — po pierwsze — u chorych, dotkniętych przymiotem, odczyn Wassermana może być w moczu dodatni wówczas, gdy nerki są zupełnie zdrowe. Po drugie, że w przypadkach różnych schorzeń zapalnych nerek, z dużą ilością białka, odczyn Wassermana w moczu może być dodatni także u ludzi, zupełnie nie zakażonych przymiotem (Bauer). Poszukiwanie krętków w moczu też nie doprowadza do celu; wykrycie ich udaje się tylko w wyjątkowych przypadkach. Najbardziej typowym objawem przymiotowego schorzenia nerek jest obecność w osadzie związków tłuszczowych, t. zw. lipoidów, o podwójnym załamaniu światła, lecz ujawnić je można tylko za pomocą mikroskopu polaryzacyjnego. Obecność tych związków tłuszczowych (lipoida) w moczu jest tak znamienna dla przymiotu nerek, że daje nawet prawo różniczkować między kiłowym schorzeniem nerek a podrażnieniem nerek, wywołanym lekiem, np. rtęcią. Oprócz tych związków tłuszczowych (lipoida) jeszcze wybitne znaczenie rozpoznawcze dla odpowiedzi na pytanie, czy schorzenie nerek jest pochodzenia kiłowego, ma też skuteczność lub nieskuteczność leczenia swoistego. Ten ostatni

sposób — *ex juvantibus* — jako najbardziej dostępny, jest też najbardziej rozpowszechniony. Należy tu jednak podkreślić, że przy tym ostatnim sposobie musimy być bardzo ostrożni w wyborze środków swoistych: stosować więc należy przedewszystkiem te, które dość szybko ulegają wydalaniu (jod, salwarsan lub rozpuszczalne sole Bi lub Hg). Stopniowa poprawa, jaką spostrzeżemy ze strony czynności nerek, przy oględnym stosowaniu tych środków, daje prawo przejść do dalszej, już bardziej energicznej, kuracji.

Nim przejdę do omówienia przypadków, obserwowanych na oddziale d-ra Wacł. Sterlinga, omówię jeszcze w kilku słowach obecną klasyfikację schorzeń nerek. Stary podział na *Nephritis parenchymatosa* i *Nephritis interstitialis* jest już, jak wiadomo, prawie zupełnie zarzucony. Obecnie dzielą zjawiska patologiczne w schorzeniach nerek na trzy duże grupy, a mianowicie: na t. zw. *Nephrosis*, *Nephritis i Sclerosis*. Do grupy I-szej — *Nephrosis* — zalicza się obecnie sprawy, które cechuje zwyrodnienie komórek nabłonkowych, przyczym w przebiegu obrazu patologicznego rozróżniamy w tej grupie trzy okresy: I okres — zwyrodnienie komórek nabłonkowych w kanalikach nerkowych (miąższowe, szkliste i tłuszczowe); II okres — gdy wciągnięte zostaną do sprawy chorobowej tkanki otaczające (*glomerulus i interstitium)*; III okres—czas bliznowacenia tych ognisk schorzałych, co doprowadza zwolna do marskości nerek (*Nephrocirrhosis tubularis*, wzgl. *Cirrhosis renum secundaria*). Klinicznie grupie *Nephrosis* odpowiadają następujące objawy: mocz skąpy, ciężar gatunkowy wysoki, dużo białka, osad obfity z wałeczkami, przeważnie szklistemi, bez krwinek. Obrzęki znaczne; ciśnienie krwi niewzmożone; niema objawów przerostowych serca, a ilość mocznika we krwi nie jest zwiększona. Jeżeli dochodzi do mocznicy, to jest to t. zw. chloruraemia *(uraemia eclamptica* albo *epileptiformis*). Do grupy *Nephritis* zaliczamy sprawy zapalne wokół naczyń i rozróżniamy tu dwie postacie: a) sprawę zapalną kłębuszków — *Glomerulonephritis* (a ta też doprowadza do marskości nerek — *nephrocirrhosis glomerularis*, wzgl. 2 postać *cirrhosis renum secundaria* i b) sprawę zapalną w *interstitium* (*Nephritis interstitialis*). Klinicznie w tej grupie mamy objawy następujące: moczu dużo (z wyjątkiem

ostrego okresu i okresu ostatecznej niedomogi nerek); ciężar gatunkowy niski, białka mało, osad skąpy, z wałeczkami, przeważnie ziarnistemi; moczenie krwawe. Obrzęki tu małe, ciśnienie krwi wzmożone, przerost serca. We krwi dużo azotu resztkowego. Jeżeli dochodzi do mocznicy, to jest to *uraemia vera-asotaemica*, *magna*, *sicca* (bez obrzęków), *asthenica*. Do 3 grupy należy t. zw. *Sclerosis renum*, a więc sprawa miażdżycowa, która się zaczyna w samych naczyniach nerkowych (jako w jednym z punktów lokalizacji ogólnej miażdżycy); w końcu sprawa ta daje t. zw. *Cirrhosis renum genuina*, najważniejszą postać *Cirrhosis renum primaria*. Kliniczne objawy w tej grupie podobne są do objawów w *Nephritis*.

Jeżeli zastosować przytoczoną klasyfikację do patologji nerek pochodzenia przymiotowego, to należy zaznaczyć, że dla drugorzędowego okresu kiły najbardziej typowemi są zmiany, należące do pierwszej grupy (*Nephrosis*), dla trzeciorzędowego zaś okresu — zmiany, należące do drugiej i trzeciej grupy (*Nephritis*, *Sclerosis*). Wreszcie trzeciorzędowy okres kiły daje także kilaki i skrobiawicę nerek.

A teraz po tych kilku ogólnych uwagach, omówimy przypadki współistnienia przymiotu i schorzenia nerek nieswoistego, które obserwowaliśmy na oddziale.

P r z y p a d e k I. Lues III. Chora z typowemi objawami nerkowemi z grupy Nephrosis: duże obrzęki, w moczu dużo białka (12⁰/₀₀), osad obfity z wałeczkami, przeważnie szklistemi. Po złagodzeniu, dzięki zastosowaniu odpowiedniej diety i kuracji, klinicznych objawów ze strony nerek, zaczęto u chorej stosować leczenie przeciwprzymiotowe. Po dwuch zastrzykach Hydrargyri oxycyanati objawy nerkowe tak znacznie się wzmogły, że byliśmy zmuszeni przerwać kurację rtęciową. Takie same pogorszenie sprawy nerkowej obserwowaliśmy u chorej po zastosowaniu dożylnym małej dawki (0,15) neosalwarsanu. Po pewnej przerwie przeszliśmy do bizmutu (Jodo—Bi—Chinin). Chcę tu zaznaczyć, że przy stosowaniu tego środka znaczne pogorszenie się sprawy chorobowej wystąpiło nie po drugim, jak przy rtęci, wstrzyknięciu, lecz po 4—5-ym. Chora później z powodu ciężkiej mocznicy zmarła.

P r z y p a d e k II. Chora Ch. Sz., l. 38. Lues II recens (osutka plamisto-grudkowata). Objawy ze strony nerek są bardziej zbliżone do zapalenia kłębkowego nerki: nieznaczny obrzęk dolnych kończyn, białka 0,6⁰/₀₀, w osadzie 10 — 15 leukocytów w p. w., 200—300 erytrocytów w p. w., wałeczki ziarniste do 8-iu w p. w., nieliczne wałeczki szkliste, nabłonek nerkowy 0—1 w p. w., dość

czeste komórki nablonka płaskiego. U chorej stosowaliśmy przeważnie Bismogenol: otrzymała ona 11 zastrzyknięć. W czasie leczenia bizmutem stan chorej klinicznie się nie pogarszał, a badanie moczu, dokonywane bardzo często, wykazywało następujące wahania: białko 0,3—0,5°/oo, leukocytów od 6-iu do 8-iu w p. w., erytrocytów od 30 do 50 w p. w., wałeczków ziarnistych i szklistych od 3-ch do 5-iu, pojedyncze komórki nerkowe, liczny nabłonek płaski. W danym przypadku należy zaznaczyć, że po jednym wlewaniu dożylnym małej dawki (0,15) neosalwarsanu stan nerek pogorszył się: powiększyła się ilość białka, leukocytów i wałeczków ziarnistych. Po zastosowaniu Hydrargyri salicylici nie stwierdziliśmy pogorszenia sprawy chorobowej ze strony nerek. Chora wypisała się w stanie ogólnej poprawy.

P r z y p a d e k III. Chora G. M., l. 40. Przymiot utajony (WR-|-|-), Nephritis — bez objawów klinicznych. Badanie moczu przed rozpoczęciem leczenia swoistego: białka 0,25°/oo, leukocytów 4—6 w p. w., erytrocytów 1—2 w p. w., nieliczne komórki nabłonka walcowatego, dość częste komórki nabłonka płaskiego. U chorej zaczęto stosować Jod i wcierania rtęci. Wkrótce po tej terapji stan nerek pogorszył się: zwiększyła się liczba leukocytów i w znacznym stopniu erytrocytów, pojawiły się wałeczki szkliste i komórki nerkowe. Po odstawieniu tych leków i polepszeniu się stanu nerek, zastosowano u chorej dożylne wlewanie neosalwarsanu (w dawce 0,3): poważniejszych zmian ze strony nerek nie stwierdziliśmy. Wtedy przeszliśmy na leczenie bizmutowe. Chora otrzymała pięć wstrzyknięć Bizmogenolu i 12 wstrzyknięć Jodo—Bizmuto—Chinini. W trakcie tej kuracji stan chorej był niezły, a badanie moczu znaczniejszych wahań nie wykazywało: ilość białka 0,2—0,3, erytrocytów od 4-ch do 6-iu w p. w.; pojedyncze wałeczki szkliste zmiennie. Chora wypisała się w stanie naogół dobrym.

IV i V p r z y p a d k i nie przedstawiają już kombinacji przymiotu z zapaleniem nerek (Nephritis), a wspominam o nich tylko dlatego, że są ciekawe z innego punktu widzenia. Dotyczą one 2 chorych, które przybyły na oddział — jedna ze zmianami ocznemi, druga bez objawów przymiotu czynnego. I jedna i druga nie miały zmian patologicznych ze strony nerek. Ponieważ mamy już pewne doświadczenie, że bizmut bardzo słabo działa na zmiany oczne, zastosowaliśmy u pierwszej chorej (Tch. M., l. 22) z początku leczenie wyłącznie rtęciowe (10 wlewań dożylnych Hydrocyamini), a potym w kombinacji z neosalwarsanem (15 wstrz. Hydrargyri oxycyanati + III neosalv.). Po dziesiątym wlewaniu rtęciowym występują w moczu pewne zmiany patologiczne: białko 0,06°/oo, w osadzie dużo nabłonka płaskiego i pojedyncze leukocyty. Leczenia swoistego nie przerywamy; stan moczu niebawem się poprawia: białko znika, nabłonek płaski i leukocyty w osadzie pozostają. U drugiej chorej rozpoczynamy leczenie rtęciowe. Po III wstrz. występuje zapalenie jamy ustnej; w moczu zjawia się białko (0,02°/oo), w osa-

dzie liczne leukocyty i dużo nabłonka płaskiego. Stosowanie rtęci przerywamy, i chorą poddajemy leczeniu neosalvarsanem. Chora otrzymuje dwa wlewania po 0,3; ilość białka w moczu powiększa się i dochodzi do 0,1‰. Po polepszeniu się stanu dziąseł przechodzimy do bizmutu (Jodo — Bismuto — Chinin): po III-ym zastrzykiwaniu białko w moczu znika. Chora otrzymuje 19 wstrzyknięć bizmutu; wypisuje się w dobrym stanie zdrowia.

W związku z ostatnim przypadkiem przytoczę jeszcze trzy spostrzeżenia, zrobione u nas na oddziale jeszcze wtedy, kiedy stosowano rozpuszczalny przetwór bizmutowy, a mianowicie *Bismutum citricum*.

I spostrzeżenie. Tu u chorej, u której przed leczeniem nerki były w stanie normalnym, po II-im zastrzykiwaniu Bismuti citrici wykryto 0,5‰ białka, a w osadzie wałeczki ziarniste, pojedyncze erytrocyty, komórki miedniczkowe, 3 — 4 leukocyty, komórki płaskie. Chorej tego samego dnia, kiedy było dokonane badanie moczu, zastrzyknięto bizmut. Po 2 dniach: białka 0,06‰, a w osadzie pojedyncze leukocyty: wałeczków i krwinek nie wykryto. Po trzech dniach i białko także znika.

II spostrzeżenie. Chora rozpoczyna kurację, mając ślady białka, a w osadzie 8 — 10 leukocytów i nabłonek płaski z dolnych dróg moczowych. Po III-ym wstrzykiwaniu ślady białka znikają, po V-ym znów się pojawiają, a po 3 dniach znów znikają.

III spostrzeżenie. Po V-ym zastrzykiwaniu Bismuthi citrici pojawiają się ślady białka. Kuracji nie przerywamy; ślady białka to pojawiają się, to znikają. Chora kończy kurację; wypisuje się bez śladów białka.

Na podstawie przytoczonych faktów i obserwowanego na oddziale materjału możemy już dojść do pewnych wniosków w sprawie leczenia przymiotu, powikłanego schorzeniem nerek. Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że lęk, któremu kiedyś ulegaliśmy z powodu przymiotu, powikłanego zmianami patologicznemi w nerkach — ostatnio bardzo się zmniejszył, i chory pod względem leczenia swoistego, już nie istnieje tu, jako *noli me tangere*. W każdym przypadku należy jednocześnie wziąć pod uwagę, z jednej strony charakter zmian patologicznych w nerkach — z drugiej strony kliniczny stan przymiotu i od tych 2 czynników uzależnić postępowanie lecznicze. Trzy zagadnienia mogą wypłynąć w każdym takim przypadku.

1) Jeżeli mamy do czynienia z przymiotem czynnym, połączonym z *Nephrosis* w stanie czynnym, to należy zupełnie zaniechać leczenia swoistego, dopóki stan nerek znacznie się

nie polepszy, i dopiero wtedy rozpocząć ostrożną i łagodną kurację swoistą.

2) Jeżeli mamy do czynienia z czynnym przymiotem przy starym niezłośliwym zapaleniu nerek, to w danym przypadku należy leczyć przymiot, od tego zacząć i — rozumie się — stale zwracać uwagę na stan nerek.

3) Jeżeli wreszcie mamy leczyć przymiot utajony, połączony z zapaleniem nerek, to w danym przypadku należy się liczyć z tym, jak dawno istnieje przymiot. Jeżeli więc istnieje już dawno, to możemy z kuracją czekać i leczyć wpierw nerki. Jeżeli zaś przymiot jest niedawny, to należy ostrożnie, przy stałej kontroli stanu nerek, rozpocząć leczenie.

Co się tyczy wpływu środków swoistych na nerki, to tutaj podkreślę w kilku słowach tylko znaczenie pod tym względem bizmutu. Na podstawie naszego materjału (do 50 ciu spostrzeżeń) bizmut tylko w 10 — 12% wywołuje podrażnienie nerek i to w takim stopniu, że nie przeszkadza dalszemu prowadzeniu leczenia swoistego.

Jeżeli w swoim czasie zaznaczyłem [1]), że Bism. odnośnie do szybkości znikania po nim objawów swoistych, jest bardziej zbliżony do neosalvarsanu, niż do rtęci, to taką samą analogję mogę i tym razem przeprowadzić, a więc zaznaczyć, że Bism. pod względem działania na nerki jest bardziej zbliżony do neosalvarsanu, niż do rtęci — to znaczy mniej je drażni, niż rtęć.

Na zakończenie chcę podkreślić, że zdania autorów co do wpływu bizmutu (ten lek, jako najnowszy w terapji przymiotu, jest najwięcej obecnie badany) nie są zgodne. Tłumaczy się to tym, że dotąd zastanawiano się nad tą kwestją tylko ze względu na te zmiany w nerkach, które ujawnia badanie zwykłe na białko i osadu moczowego. Niewątpliwie bardziej ścisłe i prawidłowe wyniki przy badaniu kwestji wpływu środków swoistych na stan nerek otrzymamy dopiero wtedy, kiedy w każdym przypadku pod uwagę brać się będzie rów-

---

[1]) Patrz Kwart. Klin. Szpit. Staroz. T. III, Zesz. III. „Jodo—Bism.— Chinin. w przymiocie".

nież stan i stopień przepuszczalności nerek. Wtedy i wnioski o szkodliwości tego lub innego środka swoistego uzależnić przedewszystkiem trzeba będzie od jednakowego lub różnego stopnia przepuszczalności nerek.

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH DR. E. FLATAUA.

O znaczeniu rozpoznawczym wlewań lipjodolu do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia.

Podała

S. Bau-Prussakowa.

Radjografja lopjodolowa kręgosłupa, wprowadzona przez Sicarda i Forestier'a, jest niewątpliwie w chwili obecnej najlepszą metodą badania drożności przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, umożliwia bowiem dokładne umiejscowienie w niej sprawy chorobowej rdzenia. Metoda Dandy'ego — myelografji powietrznej, zmodyfikowana przez Bingla, nie dawała obrazów wyraźnych, nie zyskała więc szerszego zastosowania. Objaw rozszczepiania białkawo-komórkowego (Sicard-Foix), połączony często z ksantochromją, a niekiedy z masowym ścinaniem się białka (coagulation en masse — Froin'a) w płynie mózg.-rdzeniowym świadczy niewątpliwie o sprawie uciskowej. Lecz określanie miejsca przeszkody jedynie na zasadzie badania płynu mózg. rdzen. z nakłuć piętrowych nie daje wyników tak pewnych, jak dotąd przypuszczano.

Mniemanie, że płyn mózg. rdzen. wykazuje zespół uciskowy jedynie poniżej przeszkody, a powyżej pozostaje jakby zupełnie normalny, zostało poważnie zachwiane. Wykrywano bowiem ksantochromiczne zabarwienie i wzmożoną ilość białka i powyżej miejsca przeszkody (Cushing, Qyer, Hammes Guillain i Alajouanine). Ten ostatni objaw stwierdza się specjalnie w sprawach uciskowych w okolicy szyjnej oraz ogona

końskiego. Cushing, a zrazu też Alajouanine, tłumaczyli powstawanie ksantochromji powyżej przeszkody przesiękiem krwiopochodnym (transsudation hematique) na górnej powierzchni rdzenia i być może także z rozszerzonych żył kanału kręgowego. Na sprawę tą rzuciło pewne światło spostrzeżenie Guillain'a i Alajonanin'a w przypadku guza rdzenia o płynie mózg. rdzen. ksantochromicznym powyżej i poniżej guza. Tu lipjodol, wprowadzony po raz 1-szy podpotylicznie, opadł całkowicie na dno worka twardówkowego. Dopiero 2-ga — po 2 mies. — injekcja lipjodolu wypadła dodatnio: płyn mózg.-rdzen. powyżej przeszkody był zupełnie bezbarwny, a poniżej ksantochromiczny.

A stąd wniosek, że przy zupełnej przerwie komunikacji ksantochromja i wzmożona ilość białka tworzą się w płynie mózg.-rdzen. tylko poniżej przeszkody, a przy przerwie częściowej i powyżej i poniżej. Tak więc nakłucia piętrowe niezawsze dają wyniki pewne, zwł. gdy chodzi o dokładne umiejscowienie sprawy chorobowej. Tu radjografja lipjodolowa oddaje usługi niezrównane. Metodzie Sicarda i Forestiera często zarzucano, że nie ułatwia rozpoznania różniczkowego między guzem, a inną sprawą uciskową, lipjodol bowiem może się zatrzymać we wszystkich schorzeniach rdzenia, opon i kręgów, gdy tylko jest zwężenie przestrzeni podpajęczynówkowej w mniejszym lub większym stopniu. Nie można jednak, na co i Sicard zwraca uwagę, opierać tu rozpoznania wyłącznie na wyniku próby lipjodolowej; nie wyłącza ona bynajmniej stosowania zwykłych sposobów badania, jak: kliniczne, humoralne, roentgenologiczne oraz leczenie próbne (swoiste, wyciąg). Dodatni wynik próby lipjodolowej nie jest znamienny dla sprawy nowotworowej. Gdy jednak wymienione wyżej sposoby badania nie dają wyników pewnych, to niewątpliwie próba lipjodolowa w znacznej mierze przyczynia się do wyjaśnienia sprawy chorobowej. Tak było nprz. w przypadku Cl. Vincent'a, gdy u chorego bez ściśle umiejscowionych bólów, bez porażeń i zmian czucia, dodatni wynik próby lipjodolowej stał się motywem dla rozpoznania guza, który istotnie podczas operacji znaleziono tam, gdzie słup lipjodolu się zatrzymał. To też Cl. Vincent i Sicard podkreślają znaczenie doniosłe próby lipjodolowej w okresie przedporażeniowym guzów rdzenia, gdy

trudno jeszcze — z braku typowych objawów przedmiotowych, nprz. zaburzeń czucia — ustalić istotę i miejsce schorzenia w kanale kręgowym. — Lecz i w przypadkach o przebiegu typowym próba lipjodolowa nie jest zbyteczna, gdyż nprz. określenie granic zmian czucia, tak niezbędne dla umiejscowienia sprawy chorob, niezawsze jest możliwe; zawodzą też często i odruchy obronne. Gdy wprowadzamy lipjodol nad i pod poziom przeszkody, a następnie badamy chorego prom. R. w ułożeniu Trendelenburga, to próba lipjodolowa wskaże wymiar podłużny guza, względnie przestrzeni, zajętej przez sprawę uciskową. Gdy przestrzeń ta jest bardzo mała lub też dwa słupy lipjodolu zespolą się zupełnie (nie tylko obocznie), można wyłączyć guz. Lecz pamiętać trzeba, że i zrosty mogą też dać dłuższą przerwę między 2 słupami lipjodolu, wzgl. również i przerost opon na większej przestrzeni. Próba lipjodol. zawodzi jednak przy rozróżnianiu guza wewnątrz a zewnątrzrdzeniowego. Froment i Dechaume sądzili (2 przyp. operowane) że jest to jednak możliwe na podstawie 3 momentów badania, a mianowicie: 1) sposobu opadania lipjodolu w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, 2) zachowania się górnego odcinka jego w ułożeniu Tr-burga, i 3) kształtu cienia lipjodolowego. Tak więc, gdy guz jest zewnątrz rdzenia, to lipjodol opada jakoby szybko i w kształcie trójkąta prostokątnego, zwróconego podstawą ku dołowi, a przesuwa się łatwo w górę w ułożeniu Trendelenburga. Gdy zaś guz jest wewnątrz rdzenia, to lipjodol jakoby opada stopniowo, a uwięźnięty w wąskiej przestrzeni między rdzeniem a oponami pozostaje tam nadal i w ułożeniu Trendelenburga. Cień lipjodolowy ma tu kształt inny — trójkąta ostrokątnego, zwróconego wierzchołkiem ku dołowi.

Badania nasze w tym względzie nie potwierdzają spostrzeżeń Froment i Dechaume'a. W przyp. guza zewnątrzrdzeniowego (przyp. I) lipjodol nie został przesunięty przez ułożenie Tr-burga, a operacja nie wykryła zrostów, które można byłoby uznać za przyczynę uwięźnięcia lipjodolu. Natomiast w przypadku guza wewn. i zewn.-rdzeniowego (przyp. II), w tych samych warunkach lipjodol opadł znacznie.

Sicard i in. podkreślają szczególne znaczenie kształtu cienia lipjodolu dla orzeczenia o naturze sprawy chorobowej.

Całkowite zatrzymanie się lipjodolu, w postaci odcinka o poziomej podstawie, przemawia według Sicard'a za złamaniem, gruźlicą kręgów lub dużym guzem rdzenia.

Sicard zaznacza jednak, że niekiedy, w przypadkach guza, lipjodol przylega do nowotworu w kształcie podkowy. E. Sorrel i Sorrel-Dejerine stwierdzili, że cień lipjodolowy jest inny w zapaleniu gruźliczym opony twardej (słup jednolity) niż w przypadkach ropnia wewnątrzkanałowego (kształt litery V lub pendzla—en pinceau). Stahl i Muller podkreślają, że gdy rdzeń powyżej guza jest obrzmiały, to lipjodol daje cień 2 długich smug, a między temi pozostaje przestrzeń wolna. — Sicard, Paraf i Laplane rozpoznali z kształtu cienia lipjodolowego (2 przyp. operowane) torbiel opon; drobne krople lipjodolu były tu rozsiane wzdłuż opon na przestrzeni kilku cm. — Odczytywanie radjogramów musi być jednak zawsze związane z należytą oceną krytyczną. Gdy liczba przypadków operowanych i sekcyjnych wzrośnie, to b. być może, że kształt cienia lipjodolu stanie się również cennym wskaźnikiem rozpoznawczym.

Jak należy zapatrywać się na ujemny wynik próby lipjodolpwej? Czy wyłącza sprawę uciskową? Babiński sądzi, że opadanie lipjodolu na dno worka twardówkowego niekoniecznie wskazuje, że niema sprawy uciskowej. Sicard, przeciwnie, sądzi, że tak jest i radzi w przypadkach wątpliwych sprawdzić w ułożeniu Tr-burga, czy lipjodol, przesuwając się z dna worka, zatrzyma się u dolnego bieguna guza. Bregman podkreśla też możliwość ujemnego wyniku próby lopj. w okresie wstępnym guzów i przypuszcza, że możnaby niejako uczulić tę metodę, zastrzykując mniejszą ilość lipjodolu i hamując jego opadanie przez ułożenie chorego po zastrzyku skośnie (45—60°), a nie pionowo, jak radzi Sicard.

Sprawy w kręgach: gruźlica, przerzuty raka nie wpływają w okresach początkowych na opadanie lipjodolu w przestrzeni podpajęczynówkowej, natomiast zatrzymują go w przestrzeni nadtwardówkowej (Sicard, Cl. Vincent). Badanie przestrzeni nadtwardówkowej, wprowadzone przez Sicarda wcześniej, niż omawiana tu próba, powinna więc być zastosowana tam, gdzie lipjodol w przestrzeni podpajęczynówkowej opadł, a są objawy sprawy uciskowej. Naogół jed-

nak próba nadtwardówkowa nie ma wielu zwolenników, gdyż przedewszystkiem roentgenogramy nie są wyraźne, lipjodol bowiem nie opada tak łatwo, jak w przestrzeni podpaję-kowej, wyczerpuje się szybko i niezawsze wykazuje miejsce zmian.

Próba lipjodolowa może też służyć do oceny wpływu leczenia. W przypadku guza rdzenia (opis. przez Flataua), lipjodol zrazu zatrzymał się prawie zupełnie, a opadać zaczął zwolna na dno worka twardówkowego, w miarę naświetlania odpowiedniej okolicy prom. Roentg. Po 186 dniach od czasu próby lipjodolowej i po 6 serjach naświetlań słup lipjodolu w części grzbietowej znikł zupełnie. W Pachym. cervicodorsalis luet. (Souques, Blamanthier, Massary) lipjodol opadł po leczeniu swoistym. W 1-szym z naszych przypadków gruźlicy kręgów lipjodol opadł po 19 dniach, gdy i klinicznie była znaczna poprawa. *Technika*. Wybór miejsca wlewań lipjodolu do przestrzeni podpajęczynówkowej jest do pewnego stopnia zależny od punktu przypuszczalnego umiejscowienia przeszkody. Obecnie najbardziej popularne jest nakłucie podpotyliczne (do cysterny móżdżkowej), jest łatwe, dla chorego nieszkodliwe. Nakłucie wykonywa się w ułożeniu bocznym, gdy głowa jest lekko ku przodowi pochylona. Esskuchen wkłuwa igłę do zbiornika wielkiego w pozycji siedzącej, przebija błonę szczytowo-potyliczną między tylnym brzegiem otworu wielkiego kości potylicznej a wyrostkiem tylnym kręgu szczytowego (tuberc. post. atlant.). Sposób ten jest jednak mniej wygodny od poprzedniego, który też stosowaliśmy i w naszych przypadkach z tą różnicą, że igłę nadawaliśmy kierunek bardziej prostopadły do kręgosłupa, i dlatego wkłucie do zbiornika następowało nie przez błonę szczytowo-potyliczną, lecz między I a II kręgiem szyjnym. I Sicard mówi ostatnio o wkłuciu igły między I a II, a nawet II—III kręgami szyjnymi. Wbijać igłę należy przeciętnie na 5 cm., u tęższych na 6 cm.

Sicard sprawdza przesuwanie się igły (bez mandrynu) wstrzykiwaniem płynu fizjologicznego. My wbijamy igłę z zatyczką (mandryn), którą usuwamy przed osiągnięciem więzadła karkowego. Stosowanie znieczulenia miejscowego (Sicard) jest zbędne; chorzy znoszą zabieg b. dodrze, znacznie lepiej od nakł. lędźwiowego. Dla prawidłowego opadania lipjodolu potrzebne jest wedł. Sicard'a normalne napięcie (*distension*)

opon. W tym celu w czasie sześciodniowym przed zastrzykiem lipjodolu nie należy robić nakł. lędźwiowego, gdyż przez szczelinę po nakłuciu lędźwiowym uchodzi znaczna ilość płynu mózg. rdz. do tkanek — a dopóki ubytek tego płynu nie będzie wyrównany dotąd i napięcie opon będzie <<; nie należy więc wypuszczać bezpośrednio przed injekcją lipjodolu większej ilości płynu mózg. rdzeniowego. — Lipjodol nie powinien zawierać pęcherzyków powietrza, utrudnia to jego opadanie, a powinien być jasny, przezroczysty, gdyż lipjodol ciemno-brunatno zabarwiony działa drażniąco. Po wprowadzeniu lipjodolu pozostaje chory w pozycji siedzącej. Czas przejścia lipjodolu przez kanał trwa 3—5'; po 5-ciu więc minutach można już zdjąć kręgosł. prom. R. Gdy lipjodol się zatrzyma, powtórne zdjęcie należy wykonać w ciągu dni następnych, przerwa tu bowiem mogła być chwilowa tylko, a więc zwodnicza (S i c a r d). F r o m e n t i D e c h a u m e podkreślają potrzebę powtórnych zdjęć w 24, 48 i 72 godzin po zastrzyku. I oni, jak S i c a r d, nie przywiązują wagi do chwilowego zatrzymania się lipjodolu, co nie wyłącza tej możliwości, że na skutek nieznacznego zwężenia przestrzeni podpajęczynówkowej lipjodol może również się zatrzymać tylko na czas krótki. Lipjodol, jak się okazało, jest zupełnie nieszkodliwy dla tkanek, niewyłączając i ukł. nerwowego (S i c a r d). W 1-ym przypadku S i c a r d a lipjodol pozostawał 2 lata w worku twardówkowym bez objawów. S i c a r d spostrzegł nawet jego działanie przeciwbólowe i stosował go w tym celu w postrzale i rwie kulszowej. Podwyższenie ciepłoty ciała, bóle korzeniowe, pleocytoza — objawy przejściowe — trwają najwyżej kilka dni. Według S t a h l a i M ü l l e r a ogólny odczyn organizmu po próbie lipjodolowej jest nieznaczny, przyrost białych ciałek krwi jest minimalny bez wyraźnej zmiany stosunku poszczególnych postaci. Wyżej wymienione spostrzegaliśmy w przypadkach własnych. Bóle korzeniowe były dość silne wtedy, kiedy lipjodol opadł do worka twardówkowego, natomiast bóle zależne od korzeni uciśniętych były znacznie rzadsze i słabsze. W 1-ym przypadku (guz kręgów szyjnych) po próbie lipjodolowej ustały bóle, promieniujące ku barkowi od kilku tygodni (odpowiadałoby to spostrzeżeniu S i c a r d'a o przeciwbólowym działaniu lipjodolu). W 4 ch z liczby wszystkich naszych spostrzeżeń wystąpiły bezpośrednio po zastrzyku lipjodolu (pod-

potylicznie) drobne tętno, bladość, pot zimny na twarzy, mdłości, a nawet wymioty.

Objawy te naogół przeszły po kilkunastu minutach: mdłości, wzgl. wymioty i ból głowy, trwały kilka godzin. Pozostali chorzy znieśli próbę dobrze.

Radjografję lipjodolową zastosowaliśmy w 35 przypadkach: 1) w 7 przyp. guzów rdzenia (w 1-ym rozpoznanie wahało się między guzem a kilą rdzenia), 2) w 9 przypadkach guzów kręgów, 3) w 2 przyp. gruźlicy kręgów, 4) w 5 przyp. stwardnienia rozsianego, 5) w 5 przyp. powrózkowego zwyrodnienia rdzenia (*Myelosis funicularis*,), 6) w 2 przyp. jamistości rdzenia, 7) w 1 przyp. *Arachnit. circumscriptae*, 8) w 1-ym przyp. podostrego zapalenia rdzenia, 9) w 1-ym przyp. *Pachymen. cerv. luet.*

I. Z. S., lat 48, zamężna. Przyb. 29.II. 24. Chora od 1920 r. Zrazu bóle w krzyżu i w pr. k. d. oraz zleblenie tyłu stóp. Od 1/2 1923 r. wzrastające osłabienie k. k. d., od 3 mies. — nietrzymanie moczu. Ból w pr. k. d. ustąpił, a zjawił się po str. prawej w pośladku i lędźwiach. St. ob. Niedowład mięśni k.k. d., nieznaczne wzmożenie ich napięcia. Odr. brzuszne=0: Rzepkowe, ze śc. Achil. [illegible], kloniczne. Stopostrząs praw. Obj. Bab. obustr. Odr. obronny [illegible], zpr. [illegible] l. Czucie (ból i dotyk) osłabione: z lew. str. brzucha od poziomu pępka, a z praw. od linji o 2—3 palce wyżej i na udach; na goleniach zniesione, cieplikowe na całej tej przestrzeni. Percepcji kinestetycznej brak w palcach u stóp. Płyn mózg.-rdzen. bez pleocytozy, bezbarwny, odczyn Non.-Ap. ++.

10/III. 24 — wprowadzono podpotylicznie 1 cm.^{3} lipjodolu. Roentg. (po godz. mn. więcej): słup lipjodolu u VII kr. grzb. na przedniej powierzchni kanału kręgowego (zdjęcia przedniotylne i boczne).

19/III 1cm.^{3} lipjodolu dolędźwiowo w ułożeniu Trendelenburga (kilkanaście minut). Roentg.: dolny słup lipjodolu u dolnego brzegu VII kr. grzb., górny bez zmiany. (P. rys.).

20. III. Płyn ksantochromiczny. 160 leuk. wielojdrz. w 1 mm^3.

27. III. Operacja ujawniła guz, wychodzący z wewn. powierzchni opony twardej, na przedniej powierzchni rdzenia u VIII kr. grzb. Rdzeń scieńczały, odsunięty w lewo i do tyłu. Zrostów między oponami nie było. Po kilku dniach exitus let. Sekcja: rdzeń powyżej i poniżej miejsca zabiegu przekrwiony; po odsunięciu go w lewo stwierdzono guz. dł. 3 1/2 cm., zrośnięty z oponą twardą.

II. T. R. l. 18, panna. Przyb. 22. X. 914 r. Od 6 tygod. w okolicy krzyżowej ból opasujący i promieniujący w uda.

8. X. osłabienie k. d. pr.; od 18. X. -- lewej. St. ob.: kręgosłup niebolesny. Zginanie tułowia ku tyłowi i do przodu powoduje ból w lędźwiach. K.k. d.: lewa bezwładna, pr. — znacznie osłabiona. Napięcie mięśni <<. Czucie bez wyraźnych zmian. Odr. brz. +, kolanowe ze śc. Achillesa, podeszwowe = 0. Płyn mózg. rdzen. ksantochromiczny. Nonne. -- Apelt + +, 16 liml. w 1 mm.^{3}.

28. X. podpotylicznie 1 cm.^{3} lipjodolu Roentg. (po 24 godz.): u XI. kr. grzb.; na dnie worka 1 kropla; słup lipjodolu niejednolity, szereg drobnych plamek.

1. XI. Odr. brz. (dolne) = 0. Osłabienie czucia bólu na stopach i goleniach, czucia cieplik na całych k. k. doln.

Bezwład wiotki obu k. k. d. — 5. XI.24. Roentg. powtórnie; słup lipjod. nie uległ zmianie.

11. XI. 1 cm.^{3} lipjodolu dolędźwiowo, poczem ułożenie Trendelenburga. Roentg. po 30' lipjodol u 1 kr. lędźwiowego w postaci stożka, podstawą ku górze. Górny słup lipjodolu przesunięty znacznie w górę.

Operacja: opony miękkie od X—XII kr. grzb. zmętniałe. Zgrubienie lędźwiowe obrzmiałe, odsunięte ku tyłowi. Od X kr. grzb. do I kr. lędźwiowego brak tętnienia. Po przesunięciu rdzenia na pr. stwierdzono masę nowotworową, zrośniętą z rdzeniem i przerastającą na przestrzeni 3 cm.

Ze szkicu tego widać, jak trudno byłoby tu umiejscowić guz bez próby lipjodolowej, objawy kliniczne bowiem przemawiały raczej za guzem na poziomie ogona końskiego.

III. M. Z., l. 48, wdowa. Przyb. 10. XI. 1923 r. Z wiosną 1923 r. osłabienie k. k. d., stopniowo wrastające, a jesienią już zupełny bezwład spastyczny k. k. d. i zmiany czucia o typie Brown-Sequarda. Ciśnienie cieczy mzg. rdz. słabe (5 wdłg. manometru Claude'a), objaw Queckenstedta zaznaczony, ksantochromja; odcz. Non. Ap. +.

St. ob. XII—1923 r. K. k. d.: ruchy w staw. biodrowych = 0 z wyjątkiem nieznacznego opuszczania k. k.; w staw. kol. lew. ruchy = 0, w pr. znacznie ograniczone; w skokowych słabe zginanie; w palcach pr. stopy ślad ruchów; w lew. = 0. Czucie (ból., cieplik) = 0 od D10 w dół, na brzuchu i na pr. kończ. dolnej, osłabione na tylnej powierzchni k. lew. d. Czucie dotyk. = 0 od linji pępkowej w dół. Odr. brzusz. = 0, odr. rzepkowe +; ze ścięg. Achil. <; objaw Bab. obustronnie. Odr. obronny niezbyt wybitny. Zwieracze +. Płyn m.-rdz. ksatochrom., Non.-Ap. +++, 24 limf. w 1 cm^3.14.III.924 1 cm^3 lipjodolu. Roentg. (po 15'): lipjodol między VI—VII kr. grzb; Roentg. po godzinie: nieznaczne zmniejszenie się słupa lipjodolu oraz drobne krople jego w przestrzeni podpajęczynówkowej ku dołowi do worka twardówkowego. 17.III. Roentg. — słup lipjodolu nie uległ zmianie. 30.IV.24 r. (47 dni po injekcji, po II-ej serji lecznicz. naświetlań prom. R.) słup lipjodolu w cz. grzbiet. mniejszy, większa część jego

spłynęła na dno worka twardówkowego. — Po 84 dniach (od zastrzyku) słup lipjodolu jeszcze mniejszy, gdy stożek na dnie worka twardówkowego większy, a po 186 dniach (od injekcji — po VI-ej serji naświetlań prom. Roentg.) lipjodolu w cz. grzb. już nie było. Płyn mzg. rdz. w tym okresie bezbarwny, Non. Ap. słabo +, pleocyt = 0. Ruchy k.k.d. powróciły, zaburzenia czucia ustąpiły zupełnie. Chora zaczęła stąpać z oparciem, jakkolwiek z trudem.

Zmarła na dur brzuszny. Sekcja: guz, wyrastający z opon miękkich, na tylnej powierzchni rdzenia (Fibrosarcoma), miejscami w stanie zwyrodnienia torbielowatego. (P. rys.).

IV. K. P., lat 20. Przybył 16.IX.24 r., a w marcu zachorował. Zrazu miał ból w lewo od kręgów grzbietowych w ciągu paru dni i jednocześnie drętwienie, a po 2 miesiącach osłabienie k.k. dolnych (naprzód lewostr., potem praw.). Od 2 lipca 1924 r. uczucie palenia w obrębie goleni. W sierpniu 1924 r. krótkotrwałe zatrzymanie moczu. Lues —. St. ob. K. l. d. osłabiona, prawa bez zmian. Percepcje kinestetyczne w palcach u stóp upośledzone, pozatym czucie +. Odr. brz. pr. = 0, lewostronne — słabe. Rzepkowe i ze ścięg. Achil. kloniczne lew. > pr. Obj. Bab. zaznaczony, Rossolimo i Mendla - Bechterewa + obustronnie. 7. X. 24 r. Czucie bólowe i cieplik. znacznie upośledzone po str. prawej na brzuchu, pośladku i tylnej powierzchni k. d., a na przedniej powierzchni tejże kończyny zniesione. Czucie dotyku osłabione po str. lewej: na brzuchu i górnej $^1/_3$ uda z przodu. Odr. brzuszne = 0. Płyn mzg.-rdz. ksantochromiczny; odczyn Non. Ap. +++, 16 limf.—10.X. podpotylicznie 1 cm.^{3} lipjodolu. Roentg. (po 24 godzinach): lipjodol u V kr. grzb. 15.X.24. Powtórne zdjęcie: lipjodol na tej samej wysokości. Od 29.X.—31.X. I serja naświetlań prom. R. 16.XII. Znaczna poprawa: siła k. d. lew. daleko lepsza niż poprzednio, a w pr. kończynie normalna. Czucie dotyku zachowane, bólowe i cieplikowe trochę osłabione od łuku żebrowego w dół po str. pr. Percepcje kinestetyczne osłabione w palcach u lew. stopy. Odruchy bez zmiany. Odr. obronnych —. Roentg.: lipjodol w znacznie mniejszej ilości u V kr. grzbietowego. 20.XII. Płyn mózg.-rdz. ksantochromiczny; Non.-Ap. +++, 16 limf. w 1 mm.^{3}. Dano dolędźwiowo 1 cm.^{3} lipjodolu, poczem ułożenie Trendelenburga na 30'. Lipjodol nie przesunął się w górę. 21.XII. Ból w k.k. d. T.^{0} 37^0. 24.XII. Bez bólu. T.^{0} norm.

W przypadku tym objawy na początku choroby przemawiały raczej za *Scler. multipl.*, lecz zmiany w płynie mózg.-rdzen. oraz zatrzymanie się lipjodolu rozstrzygnęły rozpoznanie na korzyść guza. Następnie zasługuje tu na uwagę, że poprawie klinicznej odpowiadało zmniejszenie ilości lipjodolu u V-go kręgu grzbiet., gdy natomiast zmiany w płynie mózg.-rdz. pozostały, jak przed naświetlaniem. Przypadek ten przypomina

do pewnego stopnia poprzedni. W obu poprawa wystąpiła pod wpływem naświetlania: stwierdzono to klinicznie i bezpośrednio dzięki radjografji lipjodolowej.

V. P. B., l. 48, zamężna. Przyb. 20.VI. 1924 r. Chora od zimy 1922 r., gdy zaczęły się bóle w okolicy krzyżowej, a wkrótce potym w pr. pośladku. Jesienią 1923 r. ból, promieniujący w obie k. dolne (pr. > l.), a po paru miesiącach osłabienie k.k. d. (pr. > l.). W płynie mózg.-rdzen.: ksantochromja, Non.-Ap. +++, nieco limfocytów. Odcz. Wass. z płynu mózg.-rdzen. +++, z krwi —. 36 wcierań szarej maści, 6 razy neosalwarsan; krótkotrwała poprawa. 27.VI.924 r. Odcz Wass. z krwi i z pł. mózg.-rdz. ujemny. Niebawem nasilenie objawów k.k. d. i wstrzymanie moczu. 20 porodów; 10 dzieci zmarło we wczesnym dzieciństwie. 2 poronienia. Mąż miał kiłę.

St. ob. Odcz. źrenic na światło i zbieżność +. N. czaszk. +. K.k. d: ruchy w stawach biodrowych i kolanowych osłabione, w skokowych i w palcach — zniesione. Stopy zwisają. Odr. brzuszne +, rzepkowe słabe, ze ścięg. Achillesa: pr. >>, l. słaby. Obj. Babińskiego obustronnie. Czucie (bólu dotyku, ciepła) = 0 w obrębie odcinków od L_5 do S_5. Czucie zimna zniesione tylko na stopach. Brak percepcji kinestetycznej dla ruchów palców u stóp. 27.VI. Lipjodol podpotylicznie. Roentg. (po 20 min.): 3 krople u XII kr. grzbiet. (Część lipjodolu dostała się do przestrzeni nadtwardówkowej).

2.VII. 1 cm.^{3} lipjodolu dolędźwiowo poczym ułożenie Trendelenburga; po kilkunastu minutach badanie prom. Roentg: dolny słup lipjodolu u I kr. lędźw. Lipjodol górny nie uległ zmianie. Leczenie swoiste i naświetlanie kręgosł. prom. Roentg. Stałe pogorszenie.

W przypadku tym i obraz kliniczny i zmiany w płynie mózg.-rdzen. przemawiały za sprawą uciskową. Próba lipjodolowa potwierdziła to rozpoznanie i umożliwiła ścisłe umiejscowienie. Istota sprawy nie została jednak wyświetlona. Wiele przemawiało za sprawą kilową (dodatni odcz. Wass., +, poronienia, wczesna śmierć dzieci, kiła męża). Tylko ujemny wpływ leczenia swoistego przemawiał do pewnego stopnia przeciw kile.

VI. K. Z., l. 24. Przybył 1-szy raz 7.IV. 1924 r. Od roku chwiejny chód; od 4 tygodni napadowe bóle głowy (w części potylicznej) z wymiotami, większe w nocy. Lues negatur. St. ob.; źren. odczyn na światło i zbieżność +. Obustronnie tarcza zastoinowa. Odr. rogówkowe i spojówkowe obustronnie osłabione. Niedowładu, zmian czucia niema. Odr. rzepkowe =, +; odr. ze ścięg. Achil. z pr. str. > l. Chód chwiejny. 11.IV. — 16.IV.924 r. naświetlanie czaszki prom. Roentg. 29.IV. II serja naświetlań.

31.V. Zastoina tarcz mniejsza. Samopoczucie dobre. Wypisany z poprawą. 9.I.925 r. przybył powtórnie. XII.24. V-ta serja naświetlań czaszki. Tarcza zastoinowa = 0. Przed trzema tygodniami—ból w części krzyżowej i górnej grzbiet. Po kilku dniach zatrzymanie moczu i kału; przed 2 tyg. osłabienie k.k. d. Od 5 dni incont. urinae et alvi.

St. ob. N.n. czaszkowe i k.k. g. bez zmian. Niedowład k.k.d. Odr. brzusz. b. słabe; odr. ścięgnowe +; obj. Bab. niema. Odr. podeszwowe <. Odr. obronny z l. str. słabo zaznaczony. Czucie (bólu, cieplik. i dotyku) osłabione w obrębie od S_4 do S_5. 9.I. Płyn mózg.-rdzen. ksantochromiczny, Non.-Ap. +++, 80 komór. w 1 mm.^{3}—przeważnie limfocytów. Zastrzyknięto podpotylicznie 1 cm.^{3} lipjodolu. 10.I. Roentg.: lipjodol u IV kr. szyjnego w postaci 2 smug bocznych. Część lipjodolu w przestrzeni nadtwardówkowej. Lipjodol podpotylicznie powtórzono. Roentg. (po 30 min.) nie różni się od poprzedniego. 12.I.25. 1 cm.^{3} lipjodolu dolędźwiowo; zdjęcie Rentgn po 30 min.: lipjodol u I kr. lędźwiowego. 15.I. Bezwład k.k. d. Odr. brzusz., ścięgnowe na k.k. doln. = 0. Czucie = 0 od D_{12} ku dołowi. Czucie mięśniowe k.k. d. = 0.

Chory ten wykazywał wiosną 1923 r. objawy cierpienia mózgowego. Te jednak ustąpiły, a wystąpiło nagle cierpienie rdzenia, postępujące, jak widać, bardzo szybko. Zatrzymanie się lipjodolu w kanale kręgowym w 2 odległych miejscach każe myśleć o 2 ogniskach (chory jest obecnie naświetlany prom. R.).

VII. D. M., lat 65. przybył 26/XI. 924 r. Od X 924 r. napadowo ból w l. k. d. (od kolana ku stopie włącznie) głównie w palcach. Już w dniu drugim choroby osłabła l. k. d. Po 10 dniach takie same objawy w k. d. pr. — St. ob. Bezwład. k. k. dolnych. Czucie od linji mieczykowatej do stóp włącznie <<. Odr. kolan +; odr. praw. ze śc. Achil. +; lewy <. Obj. Bab. obustronnie. Odr. obronne żywe. 3/XII wprowadzono podpotylicz. 1 cm^3 lipjodolu; poczem ból u III—V-go kr. grzbiet. Roentg. (po 20′): lipjodol cały, jak zbita masa, u IV kr. grzbiet.; oddzielne krople u VIII, IX—X, kr. grzb. W worku twardówkowym — 0. 4/XII. — Ból opasujący na wysokości III—V kręg. grzbiet. 8 XII. Roentg: lipjodol w dalszym ciągu u IV kr. grzb., lecz już w postaci grubej siatki i nieregularnych pałeczek, a na dnie worka twardówkowego dość duży stożek lipjodolu. 10.XII. Lipjodol dolędźwiowo. Roentg. (po 30′): lipjodol w długiej smudze od XI kr. do dolnej 1/2 VII grzb. Górna masa lipjodolu nie opadła w ułożeniu Trendelenburga.

Mamy tu więc sprawę uciskową, wzgl. nowotwór, od VI kr. grzb. do dol. 1/2 VII kr. grzb. Przeszkoda tu (sądząc z próby lipjodolowej) nie znosi całkowicie drożności w prze-

strzeni podpajęczynówkowej: lipjodol opadł po paru dniach częściowo do worka twardówkowego.

— VIII. G. A., l. 48. Przybył 18.IX. 924 r. chory od 4 mies. — dostał bólu, opasującego klatkę piersiową. Przed 4 tygod. nagle bezwład k. k. d. i zatrzymanie moczu. Ból ustał. Lues negatur. Zona raz roniła.

St. Ob. Wychudzenie. Odleżyna na pośladku. W moczu mętnym ślad białka, nieliczne ciałka białe i czerwone.

Gruczoły chonne w pachwinach powiększone. Bezwład k. k. d. wiotki. Czucie = O. od linji pępkowej ku stopom włącznie. Percepcja kinestetyczna w palcach u stóp upośledzona. Odr. obronne słabe. Odr. brzusz. = O, kolanowe <<, ze ść. Achil.: lewy, << pr. kloniczny. — Bab. — obustronnie. Objaw Queckenstedta +. Płyn mzg.-rdz. ksantochromiczy. Non.-Ap. +++. Pleoc. = O. Odcz. Wass. z płynem ++++; z krwią. Odcz. Pirqueta — 26.IX. 1 cm^3 lipjodolu podpotylicznie. Roentg. po 2 godz.: lipjodol u IV kr. grzb. w postaci jednolitego słupa. Stan coraz gorszy. U grzebienia praw. kości biodrowej wygórowanie niezbyt twarde, nieco bolesne przy ucisku (p. rys.).

30.X. Ex. let. Sekcja: dla gołego oka w kościach kręgów zmian nie było (histolog. nie badano). W rdzeniu — Arachnitis ciscumscripta od VI—VIII odc. grzbiet. Guz, wyrastający z kości biodrowej grubo, okazał się nowotworem złośliwym (nadnerczak?) (p. rys).

Przypadki guzów, wyrastających z kręgów.

IX. F. Y., l. 54. Przybył 30. 924 r. Przerzuty Ca do kości praw. ramieniowej, udowej i do kręgów. — Kręgi grzb. dol. (od X-go) i lędźwiowe bolesne. Wygórowanie od X grzb. — do I-go lędźwiowego.

Roentg.: zniszczenie trzonu I kr. lędźw. – Niedowład k. k. d. Odr. kolan zachowane; odr. ze śc. Achil. i podeszwowe = O. — Wprowadzono lipjodol podpotylicznie, zatrzymał się u I kr. lędźw. w postaci jednolitego słupka.

X. E. L., l. 60 Przybył 15.X. 924 r., zachorował przed 3 miesiącami; osłabły k. k. górne i dolne, niedowład wzmógł się ostatnio. Od 5 tyg. ból w karku, promieniujący w lew. bark. St. ob. Ruchy w kończynach górnych i dolnych znacznie ograniczone, siła osłabiona. Zaniki i drgania włókienkowe k. k. g.

Odr. ścięgniowe, okostnowe k. k. g. i d. wzmożone. Odr. brzuszne = O. Babin. obustronnie. Czucie wszystkich rodzajów << od dolnego brzegu żuchwy ku dołowi. Na wysokości III i IV kr. szyjnych, po str. lewej, wyczuwa się guz twardy, bolesny, zrośnięty z kręgami. — Lipjodol podpotylicznie; chory próbę zniósł zrazu b. źle: twarz blada, zimny pot, tętno drobne. Po kilkunastu minutach, objawy te znikły, natomiast ból, promieniujący w lew. bark., ustał po wprowadzeniu lipjodolu. Roentg. (po 24 godz.): lipjodol u II kr

szyjnego po str. prawej w postaci 2 plam, z których jedna ma kształt rogalika. Część lipjodolu stwierdzono na podstawie czaszki.

XI. G. E., l. 56 przybyła 12.VIII 924 r. Chora od 2 miesięcy; dostała bólów opasujących na wysokości pępka i zatrzymania moczu. Wkrótce potem wystąpiło drętwienie i osłabienie k. k. d. Od 2 tygodni nie chodzi. St ob. K. k. d. prawie że zupełnie bezwładne. Napięcie mięśni <<<, Czucie wszelkich rodzajów osłabione od D_6 do D_8 mn. więcej, a dalej — do stóp włącznie = O. Percepcje kinest. (palce, stawy skok.) = O. Odr. brzusz. = O, ścięgnowe w k. k. d. — śr. żywe, Babiński obustronnie. Odr. obronny +.

14.VIII Pogorszenie. Płyn mózg.-rdz. ksantochromiczny; Non. Ap. +++, 8 liml. Objaw Queckenstedta +. 3.IX. Lipjodol podpotylicznie. Roentg. (po 45′): słup lipjodolu u III kr. grzb.; część spłynęła do worka twardówkowego. Zniszczenie IV—VII kr. grzb. Operacja: na wysokości kręgów grzbietowych u IV i VI kr. grzb. guz, wyrastający z kości, zrośnięty z przednią powierzchnią rdzenia. (Gruczolako-rak).

XII. B. A., męż., l. 48. — Guz lew. kości biodrowej, twardy, bolesny przy ucisku (rak gruczołowaty). Bolesność kręgów grzb. IV—VII; osłabienie k. k. d., l. > pr. — w płynie ksantochromja, Non.-Ap., pleoc. = O. Odcz. Wass. z płynem ++++, z krwią, ujemny. Lipjodol podpotylicznie. Roentg. (po 24 godz.); lipjodol u III kr. grzb.; kręgi grzb. od III—VII zniszczone.

XIII. L. R., l. 68. Przybyła 1.VII. 924 r. Chora od IX.23: Bóle w pr. k. g. wzrastające, osłabienie k. k. g. i d. Bolesne skurcze w k. k. g. i tułowiu. St. ob. Niedowład wszystkich k. k. g. i d. Zmiany czucia o typie Brówn-Séquarda od D_4. Odr. ścięgnowe i okostnowe wzmożone na k. k. g. i d. Bab. obustronnie. Lipjodol, wprowadzony podpotylicznie, zatrzymał się ostro u górnego brzegu VII kr. szyjn. w postaci 2 smug. Roentg. (po 3 miesiącach) wykazał: zniszczenie VI kr. szyjn., krople lipjodolu u VII kr. szyjnego, drobne krople lipjodolu wzdłuż kręgów grzb. i w worku twardówkowym, z nich największa na wysokości zatartej szpary między I a II kr. lędźw.

Lipjodol zatrzymał się więc początkowo w całości na wysokości VII kr. szyjnego, poczym spłynął ku dołowi, zatrzymując się tu i ówdzie w postaci > < kropel, a to, być może, na skutek zrostów między oponami. Opadaniu lipjodolu z części szyjnej w tym wypadku nie odpowiadała poprawa pod względem klinicznym.

XIV. K. M., lat 64. Przyb 18.XII.924 r. Chory od X.24 r. bóle w kr. grzb.-lędźwiowych z promieniowaniem ich niekiedy do pr. ½ brzucha. St. ob. Kr. grzb. V—IX bolesne, wystające Roentg. IV i V kr. zniszczone, chrząstka międzykręgowa bez zmiany (guz?). Osłabienie k.k.d. Odr. ścięg. norm. Bab. obustronnie. Zatrzymanie moczu. 6.I.

Płyn m.-rdz. bezbarwny, Non.-Ap. +++ Pleoc. = 0 Queckenstedt — 15.I. Lipjodol podpotylicz. Roentg. (po 24 godz.) całkowite zatrzymanie się lipjodolu u V kr. g. (okrągła plama).

W danym wypadku zastanawia rozbieżność między obj. Queckenstedta a wynikiem próby lipjodol. A że stan chorego znacznie się pogorszył, należy przypuszczać, że w czasie między 2 próbami sprawa posunęła się naprzód.

XV. M. A., l. 92. Przyb. 11.I.925. Od lata 924 r. ból napadowy w cz. krzyżowej, promieniujący ku k.k.d., [illegible] gdy chory kaszle.

St. ob. kręgi dolne grzb. i górne lędźw. bolesne przy ucisku (najbardziej XII-ty i I. lędźw), tu też unieruchomienie kręgosłupa. Prócz braku odr. podeszwowych. żadnych zmian w ukł. nerwowym.

Płyn m.-rzd. bezbarwny. N.-Ap. +++, pleoc = 0. 15 I. Lipjodol podpotyl. Reontg. (po 24 godz.): cały lipjod zatrzymał się u IX kr. grzb. spłaszczonego, w postaci 2 smug bocznych; obok drobne krople.

Miejsce to nie opowiada największej bolesności kręgów, ani objawom klinicznym: te przemawiają raczej za zajęciem ogona końskiego. Trudno powiedzieć, czy przyczyną zatrzymania się lipjodolu jest tu sprawa chorobowa, idąca z kręgów na opony, czy też towarzysząca jej *Arachnitis circumscr.*

X.V. G. A., l. 23. Przyb. 16.IX.924. Od 1922 r. ból całego kręgosłupa. Od 2 tygodni silny ból w kręgach grzb.-lędźwiowych. Od 10 dni bezwład k.k.d. i nietrzymanie moczu. St. ob. K.k.d.: zaledwie ślad ruchów w stawach kolan. i skokowych; w innych odcinkach ruchy zniesione. Odr. brzusz. pr. = 0; l. — słabe P.R. żywe. A R. kloniczne. Babin. obustronnie. Płyn m.-rdz: ksantochromja; N.-Ap. +++.

23.XI. Lipjodol podpotyl. Roentg. (po 24 godz.) Lipjodol zatrzymał się u III kr, grzb. — 2 smugi boczne. 5.X. Ruchy w k.k. dolnych wróciły 12.X. Roentg.: lipjod. prawie całkowicie na dnie worka twardówkowego (p. rys.).

Tu mamy najprawdopodosniej ropień wewnątrz-kanałowy, który zatrzymał na pewien czas lipjodol. Po wessaniu się ropnia, lipjod. opadł — równolegle i objawy ustępowały.

P. XVII. W. Ch., l. 8. Przyb 3.X.924 r. Od VI.924 r. ból w kręgach grzb.-lędźw., k.k.d. osłabły. St, ob. Garb. od XII kr. grzb. do II lędźw., tu ból przy ucisku. Niedowład k.k.d. Odr. ścięgn. wzmożone. Babin. obustronnie. Lipjod. podpotyl. Roentg. (po 2 godz.): słup lipjod. o skośnej podstawie u I kr. lędźw. (p. rys.).

P. XVIII. J. M., l. 48. Przyb. 5.IX.924 r. W 1916 r. kiła źle leczona. Od 1922 r. odrętwienie i osłabienie k.k.d. Przed miesiącem analogiczne objawy w k.k.g. i mrowienie w końcach palców

dłoni. St. ob. Odcz. praw. źrenicy słaby. Niedowład k.k.g. i d. Zaburzenia czucia skórnego od IV żebra ku dołowi. Percepcje kinestet. w palach u stóp upośledzone. Słaby bezład k.k.g. Odr. na k.k.g. i dol. norm. Bab. obustronnie; w płynie: ksantochromja, N.-Ap. +++ pleoc. = 0. Wass. z krwią i z płynem ++++. Lipjod. zatrzymał się u IV kr. szyjn. — duża i kilka małych plam. Leczenie swoiste bez poprawy. Tu zapalenie przerostowe twardówki na tle kiły wywołało całkowite zatrzymanie lipjod.

Tak więc lipjodol zatrzymywał się bądź częściowo, bądź całkowicie we wszystkich wymienionych wyżej przypadkach guzów rdzenia, gruźlicy kręgów, w 4 z pośród 9-ciu przyp. guzów kręgów, w *Arachnitis circumscr.* i w *Pachymeningit. cerv. luet.* — Lipjodol opadał natomiast całkowicie w 2 przyp. przerzutu raka do kręgów z nieznacznemi objawami rdzeniowemi w stwardnieniu rozsianym, w jamistości rdzenia, w zwyrodnieniu powrózkowym (*Myelosis funicul.*), w podostrym zapaleniu oraz kile rdzenia. W przypadkach operowanych i sekcyjnych znaleziono guz w miejscu przerwy drożności dla lipjodolu.

Nie udało nam się jednak ustalić stalej zależności kształtu cienia lipjodolu od natury schorzenia; kształt cienia bowiem był różnorodny u chorych z tym samym cierpieniem i odwrotnie okazał się jednakowy w 2 różnych schorzeniach. Naprzykład w przypadku *Arachnitidis circumscr.* lipjodol opadł w kształcie takiego samego słupa jednolitego, jak w przypadkach guzów, a więc różnił się wybitnie od cienia lipjodolu, który Sicard, Parof i Laplane uważają za charakterystyczny dla torbieli opon (drobne krople wzdłuż opon na przestrzeni kilku cm.) A i w gruźlicy kręgów nie widzieliśmy obrazów, które, wg. Sorrel'a i Dejerine-Sorrel'a, temu cierpieniu odpowiadają (jednolity słup o poziomej podstawie w *Pachymeningit.* i kształt litery v lub pendzla w ropniach wewnątrz-kanałowych. W jednym z naszych przypadków lipjodol tworzył 2 smugi boczne, w drugim miał kształt czworoboku o skośnej podstawie.

Wbrew twierdzeniu Froment i Dechaume'a cień lidjodolu w przypadkach guzów wewnątrz i zewnątrz-rdzeniowych nie daje wyraźnej różnicy kształtu.

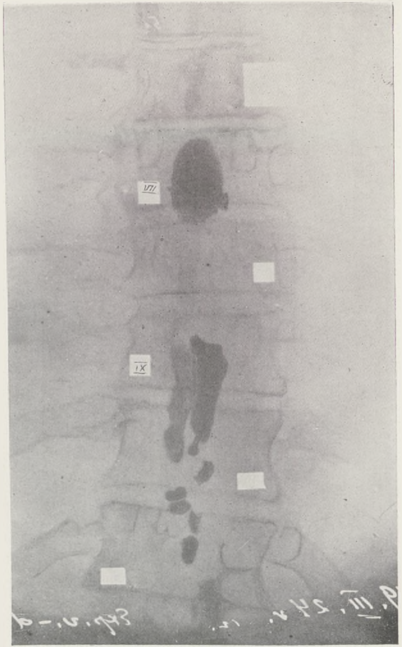
Próba lipjodolowa ma obok zmian w cieczy m.-rdz. ksantochromja, rozszczepienie białkowo komórkowe lub też rozszczep białkowo-komórk. bez ksantochromji) największe zna-

czenie rozpoznawcze w sprawach uciskowych rdzenia (zwł. guzach); przewyższa znacznie sposób Queckenstedta, gdyż pozwala wykryć nietylko całkowite, lecz i częściowe zniesienie drożności w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, umożliwia dokładne umiejscowienie sprawy chorobowej. Przez wlewanie lipjodolu podpolitycznie i dolędźwiowo możemy ustalić górny i dolny biegun guza lub też odróżnić guz od zrostów, gdy oba słupy lipjodolu złączą się całkowicie. (Połączenie się obu słupów bocznemi powierzchniami nie wyłącza guza; patrz przyp. Babińskiego). Przy niezupełnym zniesieniu drożności w przestrzeni podpajęczynówkowej lipjodol może stopniowo opadać, lecz tylko częściowo. W przypadkach leczonych opada w miarę zaniku sprawy chorobowej; może nawet opaść całkowicie (przypadki Flataua, Souquesa i Blamanthier'a). Wlewanie lipjodolu wywołuje w większości wypadków > > ciepłotę, oraz bóle korzeniowe, trwające 1—3 dni. Po zastrzykach podpotylicznych występują niekiedy: bladość, drobne przyśpieszone tętno, lecz już po paru godzinach nie stwierdzaliśmy poważniejszych długotrwałych następstw.

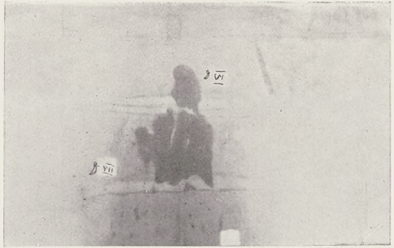
PIŚMIENNICTWO.

1. Sicard et Forestier, Presse Méd 1923 № 44; 2. Sicard Hagnenau—R. N. № 5 1924; Souques. Blamenthier, Massary Rev. Neurol № 1 1924. 3. E. Sorrel et M-me Dejerine Sorrel. Rev. Neurol. I. II. № 1 1924 r. Sicard Paraf et Laplane. Presse Méd. № 85 1923 r. 4. Sicard, Forestier i Laplane Rev. neurol. № 2 1924. 5. Froment et Dechaume. Presse Méd. № 16 1924. 6. Guillain-Alajouanine Rev. neurol. I. I. № 5 1921. 7. Clovis Vincent. Presse Méd. № 12 1924. 8. Sicard et Coste Presse Méd № 19 1924. 9. Clovis Vincent Rev. neurol. I. II. № 6 1924. 10. Babiński Rev. neurol. № 1 1024. 11. E. Flatau Warszawskie czasopismo lek. № 10 925 Bregman Warsz. Czasop. Lek. № 9; 13. Stahl i Muller Med. Klinik. № 51 1924.

Uwaga. Wszystkie zdjęcia roentgen. wykonane zostały przez d ra Mesza.



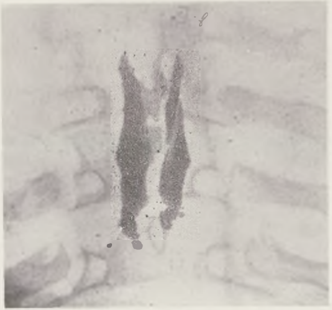
Przyp. I.



Przyp. III.



Przyp. VIII.



Przyp. XVI.



Przyp. XVII.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DR. A. SOŁOWIEJCZYKA.

O ropniach podprzeponowych.

Podał

A. Graber.

Otrzewna, przechodząc z przepony na tylną i górną powierzchnię wątroby, tworzy, jak wiadomo, górną blaszkę więzadła wieńcowego. Blaszka ta, przyczepiona do wątroby w kierunku mniej więcej poziomym, tworzy dwa łuki. Po stronie prawej koniec prawostronnego łuku dłuższego przechodzi w prawe więzadło trójkątne, a zakończenie lewostronne łuku lewego w lewe. Pośrodku końce łuków zbliżają się, przechodzą ku przodowi i tworzą linję przyczepu więzadła sierpowatego. Dolną blaszkę więzadła wieńcowego tworzy otrzewna. U lewego brzegu wątroby spostrzega się niekiedy zachyłek otrzewny, pomiędzy wątrobą a przeponą i równolegle do więzadła wieńcowego. Wejście do tego zachyłku, zwanego przeponowo-wątrobowym, znajduje się po stronie prawej, a koniec ślepy po lewej.

Otrzewna, przechodząc z wątroby i przepony na oboczne narządy, tworzy więzadła: przeponowo-śledzionowe, żołądkowo-śledzionowe, przeponowo-okrężnicze, przeponowo-żołądkowe, wątrobno-dwunastniczo-żołądkowe (sieć mniejsza) i wątrobno-nerkowe.

Jeżeli do normalnej otrzewny wtłoczymy powietrze, to pod przeponą wytworzą się dwie jamy po obu stronach kręgosłupa. Widzimy wówczas, że prawa jama jest otoczona przez: 1) przeponę, 2) prawy płat wątroby oraz 3) prawą stronę klatki piersiowej; lewa zaś przez: 1) lewą stronę klatki piersiowej i 2) lewą połowę przepony, a od dołu przez 3) górny biegun śledziony i więzadło przeponowo-okrężnicze, gdy od środka 4) przez dno żołądka i lewy płat wątroby. W blizkim zetknięciu z przeponą znajdują się też oba nadnercza: leżą one bowiem bezpośrednio na łukach ścięgnistych (*arcus tendinei Senaci s. Halleri*) części lędźwiowej przepony,

u przyczepu ich do kręgosłupa. Ta część przepony nie jest pokryta otrzewną; w przebiegu schorzeń podprzeponowych ma to specjalne znaczenie. Więzadła otrzewny stanowią, jak wiadomo, ścianę, odgraniczającą jamę podprzeponową (*Subphrenium*) od wolnej jamy otrzewny.

Ropniem podprzeponowym zwie się ograniczony ropień otrzewny, odosobniony przez brzuszną powierzchnię przepony, oraz wyżej wymienione więzadła i narządy górnej części jamy brzusznej. Ponieważ powierzchnia brzuszna przepony pokryta jest otrzewną (prócz wyżej wymienionej okolicy), ropień podprzeponowy jest w przeważnej liczbie przypadków schorzeniem, położonem wewnątrz-otrzewnowo. Potwierdza to wielka statystyka Piquand'a, gdyż wykazuje tylko w 17% przypadków ropnie podprzeponowe położone pozaotrzewnowo.

Z pracy Piquand'a wynika, iż ropień podprzeponowy spostrzega się w równej mierze u kobiet, jak i mężczyzn, w wieku od 20—40 lat; u dzieci rzadko. (Ropnie podprzeponowe po pęknięciu wrzodu żołądka są częściej u kobiet).

Przyczyny ropni podprzeponowych w zestawieniu Piquand'a są następujące:

Pęknięcie wrzodu żołądka 214; pęknięcie wrzodu dwunastnicy 30; pęknięcie wrzodu innych jelit 20; Schorzenie wyrostka robaczkowego 191; choroby wątroby i dróg żółciowych 136; cierpienia trzustki 27; cierpienia śledziony 40; cierpienia nerek 28; cierpienia narządów klatki piersiowej 32; z niewiadomej przyczyny 69; schorzenia innych narządów (rzadko). Z tej liczby w 28 przypadkach znaleziono ropnie obustronne.

Jak widać, przyczyny powstawania ropnia podprzeponowego są bardzo rozmaite. Należy też pamiętać, iż rany postrzałowe brzucha, po wielu latach spokoju, mogą nagle ujawnić się w postaci ropnia podprzeponowego. W zestawieniu Piquand'a w 17% przypadków znaleziono ropnie pozaotrzewnowe: wszystkie miały, jako punkt wyjścia, sprawę zapalną w wyrostku robaczkowym: tu właśnie spostrzega się często przejście sprawy zapalnej do jam opłucny. Ostatnio, z powodu wczesnych operacji wyrostka, liczba takich ropni zmniejszyła się znacznie. Przejście sprawy zapalnej z wyrostka odbywa się albo drogą wewnątrzotrzewnową, przez naczynia krwionośne, wzgl. chłonne układu żyły wrotnej, albo też drogą pozaotrzewnową, gdy wyrostek leży poza kątnicą. Schorzenia żołądka

i dwunastnicy są również często punktem wyjścia dla ropni podprzeponowych (z dwunastnicy tworzą się częściej ropnie pod wątrobą i w okolicy nerki prawej Melchior). Znamienny jest fakt tworzenia się ropni podprzeponowych w przypadkach owrzodzeń żołądka i dwunastnicy bez ich pęknięcia (Guibal). W zawartości ropni podprzeponowych pochodzenia żołądkowego bardzo rzadko znajdujemy zawartość kwaśną. I te ropnie często przebijają się do jam opłucny. Pęknięcia owrzodzeń rakowatych i po durze jelit bardzo rzadko są przyczyną ropni podprzeponowych.

Przypadki opisane dotyczyły wyłącznie *colon asc.* Schorzenia wątroby i dróg żółciowych z 2 przyczyn powodują ropnie podprzeponowe. Po 1-sze t. zw. *Cholangitis ascendens*, po zakażeniu rozszerzonych przez zastoinę żółci przewodów— na skutek bezpośredniego przejścia sprawy ropnej w miejscu zetknięcia wątroby z przeponą. Po 2-gie—sprawa ropna może przejść z pęcherzyka lub przewodów *per continuitatem* do przestrzeni podprzeponowej. Z chorób samej wątroby należy wymienić: uraz, ropień, bąblowiec. W gruźlicy i promienicy wątroby opisano w 7-iu przypadkach ropień podprzeponowy. W schorzeniach śledziony rzadziej znacznie występują powikłania w postaci ropnia podprzeponowego; spostrzeżenia tu dotyczyły przypadków pourazowych, po durze, zimnicy lub posocznicy. Adler na 580 przyp. operacji trzustki tylko w 5-iu znalazł powiklanie ze strony *subphrenium*. Ropnie trzustki przeważnie opadają ku dołowi kręgosłupa, rzadziej rozwijają się stąd ropnie podprzeponowe, powstające przy szerzeniu się sprawy ku górze. Ropnie te bardzo często przebijają się do opłucny. Cierpienia nerek i narządów rodnych kobiecych również mogą być punktem wyjścia dla zapaleń, drążących ku *subphrenium*, ale jest to dość rzadkie zjawisko. Wreszcie istnieje dość znaczna liczba spostrzeżeń ropni podprzeponowych, których przyczyny ani operacja, ani sekcja ustalić nie zdołały. Podczas ostatniej epidemji grypy spotykano nierzadko przypadki ropni podprzeponowych. A jako przypadki pojedyńcze należy wymienić jeszcze: ropnie podprzeponowe w próchnicy żeber, próchnicy II kręgu lędźwiowego (Bernhardt), po durze brzusznym i zimnicy (Marthus), z powodu uwięźnięcia sieci w szparze przepony (u 4-letniego chłopca), a również

przypadek Ungera, gdy u 70-letniego starca z zwiększającą się stale trudnością łykania i w wyniku badania zgłębnikiem rozpoznano raka wpustu, a okazało się, że było to owrzodzenie żylakowate przełyku z następczym pęknięciem do *subphrenium* i ropniem podprzeponowym. Wreszcie wspomnę jeszcze o przypadku, gdzie na skutek zastrzału palca u ręki prawej w 2 tyg. po operacji stwierdzono *absc. subphrenicus* (Sołowiejczyk).

Co się tyczy umiejscowienia ropni tych, to podług Eppingera rozróżniać należy:

I. Ropnie wewnątrzotrzewnowe: a) prawostronne przednie — wskutek schorzeń wątroby, dróg żółciowych i wyrostka; b) prawostronne tylne — na skutek pęknięcia odźwiernika i dwunastnicy (rzadko); c) lewostronne przednie — po pęknięciu żołądka, rzadziej wskutek schorzenia śledziony; d) lewostronne tylne — bardzo rzadkie — wikłają schorzenia trzustki.

II. Pozaotrzewnowe: lewostronny i prawostronny — wskutek schorzeń wyrostka i narządów klatki piersiowej.

Na szczególną uwagę zasługuje stosunek ropni podprzeponowych do schorzeń wewnątrz opłucny. Gdy bowiem tworzenie się ropnia podprzeponowego może szybko wywołać różnego rodzaju wysięki zapalne w jamie opłucny odpowiedniej strony, to natomiast ropne wysięki opłucny, nawet po wielu miesiącach, mimo zalegania ropy na piersiowej powierzchni przepony, nie wywołują jednak schorzenia na jej brzusznej powierzchni, a dzieli je wszak tylko mięsień 1-2 mm. grubości. Küttner po przeprowadzeniu złożonych badań doszedł do wniosku: 1-o w drogach chłonnych kierunek krążenia limfy idzie od jamy brzusznej do klatki piersiowej, następnie 2-o, każda $^{1}/_{2}$ przepony ma własny układ chłonny, 3-o—w przypadkach ropni podprzeponowych drogi chłonne są przepełnione drobnoustrojami, a często też 4-o—znajdujemy liczne perforacje przepony. Inni autorzy wskazują również, że otrzewna ma znacznie większą sprawność odpornościową, niż opłucna. Tylko w 3,6% przypadków Piquand'a ropnie podprzeponowe były z powodu zapalenia lub zgorzeli płuc, przyczym były to ropnie pozaotrzewnowe. Zupełnie odmienne stosunki spostrzegano w przypadku Sołowiejczyka, gdy u chorego dotkniętego ropnym zapaleniem opłucny, kilka-

krotne nakłócia przestrzeni podprzeponowej i to w różnych odstępach czasu, stale wykazywały płyn zapalny o charakterze surowiczym. (*Subphrenitis serosa sympatica*).

Różnorodność przyczyn tłumaczy i wielką rozmaitość obrazu klinicznego w przebiegu ropni podprzeponowych.

Obraz chorobowy jest tu różny w zależności od podłoża i puntu wyjścia cierpienia. Przyczyną ropnia poprzeponowego może być cierpienie, już dawno przebyte, a nawet zupełnie jałowo wykonany zabieg operacyjny. W przypadku Marwedel'a w cztery tygodnie po gastroenterostomji wystąpiły wymioty krwawe, po 9 dniach już *empyema pleurae*, po 11 dn. *abscessus subphrenicus*.

Chorzy skarzą się na bóle—kłócia w górnej części brzucha przy oddychaniu, kaszlu lub kichaniu: bóle się wzmagają, promieniują w postaci tępego bólu z podrzebrza do ramion lub między łopatki. Umiejscowienie bólów nie pozwala na ścisłe orzeczenie, czy sprawa toczy się nad czy pod przeponą, obie powierzchnie bowiem unerwione są przez te same gałązki nn. międzyżebrowych i n. przeponowy.

Pod względem praktycznym rozróżniać należy 4 okresy w przebiegu choroby. Okres I—czas wylęgania—może, jak już powiedziano, trwać b. krótko i b. długo. W przypadku pęknięcia żołądka, występuje gwałtowny ból, zapaść i obraz postępującego zapalenia otrzewny. Objawy podmiotowe i przedmiotowe mogą ograniczać się do górnej części brzucha. Już w tym okresie (podczas zabiegu lub sekcji) wykrywa się pasma włóknikowe, dzielące część podprzeponową od wolnej jamy otrzewny. Choroba traci zwolna swe nasilenie - objawy otrzewnowe znikają, rozwija się natomiast ropień podprzeponowy. Gdy ropień się tworzy powoli, to czas wylęgania przejść może niepostrzeżenie. Podkreślają tu jeszcze ujawniające się już w tym okresie nienormalne ruchy oddechowe: przy wdechu brzuch się zapada, a przy wydechu wypina. Jest to zjawisko t. zw. zniesztalcenia ruchów oddechowych, znane jako objaw Stokes'a.

Okres II tworzenia się ropnia podprzeponowego przebiega b. rozmaicie, zależnie od czasu wylęgania. Gdy ropień powoli powstaje obraz może być następujący: najczęściej nprz. chory kilkakrotnie już miał napady zapalenia wyrostka robaczkowego, albo też miał czas długi wrzód żołądka—objawy na-

silenia tych cierpień ustały były już od kilku tygodni. A jednak czuje się niedobrze, słabnie, miewa dreszczyki, ciepłotę do 38°C,, częstokroć tętno szybkie, oddech trudny, bóle w ramieniu. Badanie wykazuje: lekkie uwypuklenie w górnej części brzucha; strona chora klatki piersiowej porusza się wolniej; stwierdza się też wzmożone zlekka napięcie mm. brzucha; niekiedy szmer tarcia opłucny. Dopiero po kilku lub kilkunastu dniach występują nowe objawy, cierpienie się rozwija o obrazie klinicznym róznym, zależnie od umiejscowienia.

III okres—ropnia dojrzałego—wówczas już chorzy gorączkują przeważnie stale (*typus remittens*), mają bóle o umiejscowieniu rozsianym, o nasileniu zmiennym. Badanie stwierdza już zmiany w obocznych narządach. Tak więc przy umiejscowieniu ropnia z pr. strony — od przodu — znajdujemy przeponę wypiętą ku górze, a wątrobę ku dołowi; dolny brzeg wątroby wyczuć się daje pod łukiem żebrowym. Wypukowo—stłumienie w dolnej części kl. piersiowej łączy się ze stłumieniem wątroby. Górna granica stłumienia ma linję łukową, wypukłą ku górze. Bezpośrednio nad stłumieniem — jawny wypuk nad płucem. Jeżeli ropień zawiera gaz, to między jawnym wypukiem nad płucem a stłumieniem jest pas o odgłosie bębenkowym. Ten trzywarstwowy odgłos wypukowy jest dla ropni podprzeponowych bardzo charakterystyczny. Również łukowato przebiegająca linja zwiększonego stłumienia wątroby winna zrodzić zawsze u badającego myśl o ropniu podprzeponowym. (Aby wyłączyć schorzenia górnej części wątroby wykonać należy nakłócia próbne). Patrz prz. II i VI.

Gdy ropień podprzeponowy leży po stronie prawej od tyłu, wypuk nie daje tak charakterystycznych oddźwięków. I tu jawny wypuk nad płucem przechodzi w stłumienie wątroby, przyczym i tu jak i tam, szmery oddechowe nie ulegają dostrzegalnej zmianie, aż do bezpośredniej granicy stłumienia; już to samo nastręcza wątpliwości, czy wysięk jest w jamie opłucny. Jeżeli wywiady ujawnią, że chory przebył lub jeszcze ulega schorzeniu narządów jamy brzusznej, to myśl o ropniu podprzeponowym wysuwa się na plan pierwszy. Nakłócie próbne zazwyczaj pozwala ustalić tu rozpoznanie. W niektórych jednak wypadkach i nakłócie próbne zawodzi. Jeżeli nakłócie pod przeponą da ropę, a nad nią — płyn surowiczy, to rozpoznanie jest oczy-

wisle. Zdarza się jednak często, że w opłucnej zbiera się taki sam wysięk, jak i w części podprzeponowej, a wtedy rozpoznanie pozostaje niepewne. Tymbardziej staje się ono trudne, jeżeli mamy t. zw. otorbiony ropień opłucny u podstawy płuca (*Empyema basilaris pleurae*). Wtedy dopiero podczas zabiegu, gdy — po rezekcji żebra i opróżnieniu ropnia opłucny uwidoczni się nienormalnie wypięta ku górze w postaci kopuły przepona—rozpoznać się daje ropień podprzeponowy. Rozróżnianie tych spraw umożliwia jedynie prześwietlenie promieniami Roentgena. Tak samo trudne jest rozróżnienie ropnia podprzeponowego i ropnia samej wątroby. (Prz. III).

W lewostronnych ropniach podprzeponowych częstokroć gromadzi się gaz. Jeżeli ropień jest z przodu: to nadpępcze jest uwypuklone, wrażliwe bardzo na ucisk, lewy płat wątroby jest opuszczony, wyczuwa się przeważnie zrosty, pozatym serce przesunięte jest w prawo i ku górze. Na przedniej i bocznej ścianie klatki piersiowej stwierdzamy stłumienie; nad niem odgłos bębenkowy, znikający przy zmianie ułożenia chorego i wreszcie jawny wypuk nad płucem, (o ile oczywiście niema jednocześnie wysięku w opłucnej). Szmery oddechowe nie dają tu zmian uchwytnych; a nakłócie próbne stwierdza płyn wysiękowy. (Przypadek IV).

Jeżeli ropień jest z lewej strony, z tyłu, stwierdzamy lekkie uwypuklenie w okolicy lędźwiowej, sięgające przy wielkich ropniach do okolicy przynerkowej. W przypadkach typowych stwierdza się tu odgłos wypukowy trzywarstwowy. Gdy jednocześnie jest wysięk w opłucnej, to czasem ujawnia się różnica w poszczególnych porcjach płynu z nakłócia.

Jak już zaznaczono wyżej, wielką pomocą przy rozpoznaniu ropni podprzeponowych jest nakłócie próbne. Nie jest ono zabiegiem zupełnie obojętnym dla chorego. Simmond ogłosił przypadek śmiertelnego krwawienia po nakłóciu wątroby. Guibal i Rehn ostrzegają przed możliwością zawleczenia zakażenia do miejsc zdrowych. Należy więc w pierwszym rzędzie unikać przy nakłóciu miejsc w pobliżu wielkich naczyń. Zarówno nakłócie, jak i wyciąganie igły, należy wykonywać przy naciągniętym tłoku strzykawki (Lejar). Dowodem przebicia przepony są ruchy igły współczesne z oddechem (o ile oczywiście przepona jest ruchoma). Aby odróżnić, czy płyn,

wydobywający się przez iglę, znajduje się pod przeponą, czy też nad nią, służy objaw Pfuhl-Jaffe'ego. Jeśli bowiem płyn wydobywa się z igły przy wydechu — igła tkwi w jamie opłucny; jeżeli przy wdechu—pod przeponą. Objaw ten jednak zawodzi, gdy ściany ropnia są grube, mało więc podatne. Najbardziej dogodne dla nakłóć są przestrzenie międzyżebrowe 8-a, 9-a i 10 a w linji pachowej oraz 8-a i 9-a w linji łopatkowej. Również nakłócie nad wątrobą należy uznać za bezpieczne. Ujemny wynik nakłócia nie jest bynajmniej dowodem, że niema ropnia. Niekiedy trzeba nakłócia powtórzyć po pewnym czasie. Jeżeli stan chorego pozwala, wykonać pozatym należy bezwzględnie prześwietlenia promieniami Roentgena. Wysokie ustawienie przepony, zniesienie, wzgl. osłabienie, jej ruchów, następnie cień w kształcie kopuły nad przeponą — są najważniejszym objawem obecności ropnia podprzeponowego. Gdy jest i gaz, to stwierdza się jaśniejsze miejsce, czasem odbicie przepony, a jeżeli ilość płynu i gazu są znaczne, stwierdzić można falowanie. Niekiedy przepona po stronie chorej wydaje się grubsza, niż po stronie zdrowej. Co się tyczy odróżnienia od płynu w jamie opłucny, to tu mamy granice zwykłe w postaci linji poziomej, a gdy płyn jest pod przeponą, to granica układa się łukowato (De Quervain). Boczne otorbione i przyścienne ropnie opłucny mają kształt stojącego jaja, odgraniczonego ostrą linją od środka. Należy przypomnieć tu o usiłowaniach Jacobiaus'a, który w celach rozpoznawczych dokonał raz thorakoskopji, a raz zastąpił płyn z jamy ropnia powietrzem przed dokonaniem radiogramu.

O k r e s IV — końcowy — ropnia, to rozwiązanie sprawy i *restitutio ad integrum* (zejście niezmiernie rzadkie) lub przebicie ropnia: a) przez skórę na zewnątrz, b) do narządów jamy brzusznej, c) do klatki piersiowej, płuca i oskrzeli.

Z miejsc dotychczas spostrzeganych, w których ropień podprzeponowy przebił się na zewnątrz, wymieniano tylko klatkę piersiową w części dolnej i okolicę lędźwiową.

Niekiedy przed przebiciem na zewnątrz powstają rozległe ropowice podskórne.

Przebicie do wolnej jamy otrzewny daje obraz typowy jej postępującego zapalenia; spostrzegano też przebicie do kiszki grubej i pęcherza moczowego.

Przebicie do opłucny zdarza się względnie często; przebicie do oskrzela daje obraz ciężkiego schorzenia, wyniszczającego organizm, niekiedy miesiące trwającego, z zejściem śmiertelnym (chory wypluwa masę ropy cuchnącej). Samowyleczenie występuje tylko wyjątkowo (przypadek Ledderhose). Spostrzegane są przypadki przebicia ropnia do komory sercowej.

Ropień podprzeponowy, gdy jest rozpoznany, winien być, rozumie się, jaknajprędzej operowany. Aby odsłonić ropień podprzeponowy istnieje kilka sposobów: I. można postępować, jak Volkman i Israel, przez opłucną. W miejscu, gdzie igła trafiła w ropień, wycina się jedno lub dwa żebra (8-e i 9-e, lub 9 i 10) na przestrzeni od 6—15 cmtr. Po obnażeniu opłucny zamykamy szwami zatokę żebrowo-przeponową (jeżeli opłucna rwie się zamykamy ją tamponem Trendelenburg-Roux). Przeponę nacinamy, brzegi rany znacznie rozciągamy. Można też dla zabezpieczenia opłucny przyszyć przecięty brzeg przepony do rany skóry. Jamę ropnia sączkuje się, po uprzednim opróżnieniu lub przemyciu wodą przekroploną albo-też rozczynem soli fizjologicznej. Jeżeli jednocześnie przebiega i ropne zapalenie opłucny, to i jamę opłucny szeroko drenujemy. Niektórzy zalecają szeroko otwierać, kiedy mamy tylko surowiczy wysięk w opłucnie. Lenander stosuje wyżej opisaną metodę tylko w przypadkach ropnego wysięku w jamie opłucny, w pozostałych zaś przypadkach stosuje metodę drugą.

II. Sposób ten polega na tym, że po przecięciu skóry na granicy łuku żebrowego na tępo dochodzi się po powierzchni przepony do ropnia, opróżnia i sączkuje. Jeżeli ropień sięga bardzo daleko do tyłu, robi się przeciwcięcie. Lannnelongue, jakoteż Monod i Vanvaerts radzą i przy tym postępowaniu wycinać żebra, aczkolwiek daje to możność okaleczenia zatoki opłucnej. Burke zaczyna operację sposobem drugim i tylko w razie konieczności dodaje transpleuralne otwarcie ropnia. Wreszcie jest jeszcze III-ci sposób, stosowany zresztą rzadko, i to tylko w przypadkach ropni w części środkowej brzucha. Cięcie idzie wówczas wzdłuż smugi białej, następnie otwiera się otrzewną, dokładnie tamponuje, żołądek odsuwa się na prawo, aby stwierdzić, czy ropień leży wewnątrz czy zewnątrz

otrzewny — ścianę ropnia nacina się, a jamę jego, po opróżnieniu, drenuje na zewnątrz.

U chorych bardzo słabych Maydl proponuje najprzód opróżnić ropień przez nakłócie, a gdy chory się poprawi dokonać zabiegu. Po opróżnieniu ropnia jama jego zmniejsza się znacznie. Gojenie następuje przez ziarninowanie i trwa od 4 — 8 tygodni, a w przypadkach łagodnych, przebiegających bez powikłań i prędzej. Podług Ledderhose rokowanie po operacji w ostatnich latach znacznie się polepszyło, śmiertelność z 50% spadła do 20%. (*Piquand* 33%).

Im później ropień jest rozpoznany, tym rokowanie jest gorsze. Jeżeli chodzi o wybór metody, to i w chwili obecnej chirurdzy postępują odmiennie. Eiselsberg, Clairmont, Ranzi, Hohenegg, Schultze są raczej przeciwnikami metody transpleuralnej — podczas gdy Payr, Garrep i wielu francuskich właśnie tą metodę polecają. Wszyscy atoli zgadzają się, iż ropnie podprzeponowe operować należy jaknajprędzej.

Przemawia za tym najbardziej statystyka Lauensteina, który na 104 nieoperowanych przypadków miał w 98 *ex. let.* Samowyleczenie jest tak rzadkie, iż liczyć na nie niepodobna.

A teraz oto kilka własnych spostrzeżeń klinicznych.

I. C. Z. 36 lat, zamężna; w wywiadach cierpienia żołądkowe. Przed 8 tyg. opuściła klinikę, nie chciała operacji. Po 5 tyg. przybyła powtórnie z powodu wymiotów krwawych. Po kilku dniach poprawiła się i wypisała (badanie w chwili przyjęcia nic szczególnego nie ujawniło). Następnie leczyła się ambulatoryjnie, dokonano nakłócia opłucny lewej z powodu wysięku (aspiracja) poraz pierwszy przed tygodniem i powtórnie przed 5 dniami. Stan znacznie się pogorszył, poraz 3 przybyła na oddział. Stwierdzono stłumienie po stronie lewej, do kąta łopatki. Nakłócie (w 9 przestrzeni międzyżebr.) dało ropę, podczas gdy w 6-ej znaleziono płyn surowiczy. Rozp. ropień podprzeponowy. Operacja. Wyleczenie po 6 tyg. (zabiegu dokonano sposobem przezopłucnowym.

II. M. N. lat 7, w 4 tyg. po płonicy silne bóle w prawym podbrzuszu; T° >>. Na oddz. chirurgicznym przu 1 badaniu nic szczególnego. Gorączka >> stale. Po kilku dniach bóle w okolicach wątroby. Nakłócie z tyłu stale powiększało się. Po 2 tygodniach ponowne nakłócia w 9 międzyżebrzu, a że otrzymano znów płyn surowiczy, dziecko przeniesiono na oddz. wewnętrzny. Po tygodniu dziecko przeniesiono na oddział chirurgiczny B. Tu stwierdzono: lekkie uwypuklenie klatki piersiowej po str. prawej w dolnej części od przodu; wątroba o 2 palce niżej linji łuku, wra-

żliwa na ucisk; stłumienie od tyłu sięga grzebienia łopatki; tętno 128, słabo napięte. Nakłócie nad uwypukloną częścią klatki piersiowej (8 międzyżebrze w linji przymostkowej) dało ropę. Bez zwłoki ropień opróżniono, jamę wysączkowano. Powikłania ze strony płuc i nerek. Wyzdrowienie po 10 tyg. (Zabieg wykonano drogą przezopłucnową).

III. R. A., lat $6^{2}/_{3}$, zachorował nagle. Stwierdzono zapalenie wyrostka robaczkowego. Stan się pogarszał, wobec czego przybył na oddział. Stan ob. w dniu przyjęcia: skóra i śluzówki blade, gorączka, tętno 120, słabo napięte. W klatce piersiowej bez zmian; brzuch miernie wypięty, wątroba o 2 palce pod linją łuku, bolesna, od tyłu stłumienie wątroby powiększone, bezpośrednio nad nim jawny wypuk płuca. Nakłócie w 9 międzyzebrzu od tyłu dało ropę. Rozpoznano więc ropień podprzeponowy. Operacja. Wyzdrowienie po 3 tygodniach (zabieg wykonano drogą przezopłucnową).

IV. Chory M. Z. lat 30, cierpiał na żołądek. W zdjęciu prom. Roentgena — dwudzielność żołądka (wrzód?) Przed kilku tygodniami zachorował. Gorączka o typie zmiennym, tętno 120; blady, oczy zapadnięte. Płuco prawe — bez zmian. W lewym od tyłu stłumienie, w najwyższym miejscu do 5 żebra daje linję wypukłą ku górze, i przechodzi ostro w jawny wypuk; od przodu stłumienie sięga 4 żebra, wysłuchowo bez zmian. Serce: tony czyste, II-gi nad t. płucną nieco zaakcentowany. Od przodu łuk żebrowy uwypuklony w kształcie guza, wielkości główki dziecka. Skóra nad guzem niezmieniona. Stłumienie nad guzem przechodzi do tyłu w stłumienie klatki piersiowej. Stłumienie nad śledzioną zlewa się ze stłumieniem nad guzem. Wątroba pod łukiem. Jelita bez zmian. Nakłócie guza dało ropę (aspiracja). 5 zastrzyków propidonu nie wpłynęło na przebieg choroby. Operacja. Ropień opróżniono i wydrenowano. W cztery tygodnie później dokonano operacji z powodu ropnego zapalenia opłucny lewej. Wyleczenie po 2 miesiącach (zabiegu dokonano drogą nacięcia powłok, równolegle do linji łuku żebrowego, tuż pod nim).

V. C. S. lat 17 przybył w stanie ciężkim z powodu przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Operacja: masa ropy w jamie otrzewnej, przeważnie w okolicy lędźwiowej prawej; jamę otrzewnej wydrenowano. Stan chorego poprawił się znacznie, rana się oczyściła. W 3 tygodnie po operacji u chorego stwierdzono stłumienie i osłabienie oddechu po stronie prawej. Stłumienie wątroby powiększone ku górze. Wątroba wyczuwa się pod łukiem. Nakłócie w 9 międzyzebrzu dało ropę. Dokonano rezekcji żebra 8-go, w opłucnie stwierdzono płyn surowiczy; wyrezekowano więc żebro 9. Po nacięciu przepony trafiono na ropień, który opróżniono, jamę wydrenowano. W 10 dni później exitus. Sekcja: ropień podprzeponowy pozaotrzewnowy (drążący wzdłuż przyczepu łuków ścięgnistych przepony do kręgosłupa).

VI. S. C. lat 51, z cierpieniem żołądka. Nagle pogorszenie; przybył do szpitala. W dniu przybycia nic szczególnego. W moczu i kale —. Stan stale się jednak pogorszał. 2 tygodnie później już stwierdzono: opuszczenie wątroby o 2 palce niżej łuku żebrowego, uwypuklonego w kształcie guza i wyraźne tu chełbotanie. Chorego przeniesiono na oddział chirurgiczny, lecz już nazajutrz guza się nie wyczuwało. Stan poprawił się; zabiegu zaniechano. Przez 3 tygodnie chory nieco gorączkował, samopoczucie miał niezłe. Lecz następnie ogólny stan znów znacznie się pogorszył, przystąpiono więc do zabiegu na żołądku. Po otwarciu otrzewny nie stwierdzono tu jednak zmian. Sprawdzono więc drogi żółciowe i wtedy nad wątrobą w uchyłku przeponowowątrobowym znaleziono rozległy ropień. Ropień opróżniono i wysączkowano. 2 dni później w opatrunku stwierdzono resztki pokarmowe. Chory stale nikł. Exitus.

VII. F. L. lat 35, niedomoga od kilku miesięcy. Nagły, niezbyt silny, ból w dołku podsercowym. Wymioty raz jeden. Ciepłota 39°, przez 5 dni. Leczyła się do przybycia do lecznicy w domu. W zakładzie stwierdzono objawy nacieczenia w obu dolnych płatach płuc i zastosowano odpowiednie leczenie. W ciągu następnych 3 dni z pr. strony klatki piersiow. wypuk się wyjaśnił, natomiast po stronie lewej stłumienie postępowało wyżej. Po 10 dniach spostrzeżono już guz w lewym podżebrzu, guz stale się powiększał w kierunku miejsc przynerkowych. Dokonano nakłócia części przynerkowej (paranephrium) na głębokości 6 ctm. znaleziono płyn ropny o wyraźnym zabarwieniu żółtaczkowym. Drugie nakłócie wykonane między 9—10 żebrem od tyłu dało płyn o takim samym wyglądzie. Badanie wysięku wykazało w obu porcjach barwiki żółciowe oraz wielką liczbę leukocytów.

Chora przybyła na oddział w 2-im tyg. choroby. Gorączkowała, tętno 112. Płuco prawe —. Po stronie lewej stłumienie do końca łopatki, oddech osłabiony. Granice serca przesunięte na prawo o 1 palec, tony czyste. Brzuch bolesny, wątroba macalna; po stronie lewej guz wielkości głowy dorosłego, skóra nad guzem niezmieniona; w głębi chełbotanie. Wykonano kilka nakłóć: z przodu nad guzem, z tyłu, w 8 — 9 międzyżebrzu, wszędzie płyn mętny o żółtym zabarwieniu. Nakłócie nad 6 żebrem od tyłu dało taki sam płyn, tylko mniej mętny. Po przeprowadzeniu badania czynnościowego nerek (norma), przystąpiono do zabiegu. Wycięto 12 żebro, odsłoniono nerkę lewą. W tkance okołonerkowej, nie wykryto nic patologicznego. Wobec tego ranę zamknięto. Następnie wycięto 10 żebro, przecięto zatokę żebrowo-przeponową i samą przeponę. Wówczas dopiero natrafiono na ogromny ropień, sięgający daleko ku stronie lewej. Ropień opróżniono, jamę wysączkowano. Stan chorej powoli się polepszał. A dwa tygodnie później chora nagle omdlała i po godzinie zmarła. Sekcja: pęknięcie woreczka żółciowego wypełnionego kamieniami, ropień podprzeponowy lewostronny, gastromalacja i krwawienie do żołądka.

Przypadek ten zasługuje na specjalną uwagę ze względu na to, iż ropień podprzeponowy, mając za punkt wyjścia drogi żółciowe, przesunięty został ku stronie lewej, a więc pierwotnie niewątpliwie obustronny ropień podprzeponowy ukształtował się tylko po stronie lewej, co jest zjawiskiem niezmiernie rzadkim.

Z PRACOWNI ANATOMO PATOLOGICZNEJ SZPITALA
(KIEROWNIK C. JASTRZĘBSKI).

O samorodnym pęknięciu serca.

Podał
M. Płońskier.

Pęknięcia serca dzielimy na urazowe i samorodne. W pierwszych — serce pęka pod wpływem czynnika zewnętrznego (uderzenie, postrzał), w drugich — przyczyną pęknięcia jest schorzenie samego serca.

Samorodne pęknięcie serca należy do rzadkości. Statystyka Inst. Patolog. w Monachjum wykazuje 7 przypadków na 12 tys., sekcji (1854—1888). Inst. Patolog. w Lipsku podaje 8 przypadków na 8 tys. sekcji (1901 — 1907). Rzadko również występuje samorodne pęknięcie serca śród przypadków nagłej śmierci. Według Meyera na 208 przyp. nagłej śmierci wypada przeciętnie jedno samorodne pęknięcie serca. Spostrzega się najczęściej śród osobników pomiędzy 60 — 80 rokiem życia (Robin et Nicolle, Abt, Böttger). Co się tyczy płci, to Meyer podaje na 379 przyp. samorodnego pęknięcia - 222 u mężczyzn i 157 u kobiet.

W sprawie ustalenia punktów serca, najczęściej podlegających pęknięciu, dane wielu autorów brzmią zupełnie jednoznacznie (Olivier, Robin et Nicolle Elleanme). Wykazują one, że najczęściej pęka komora lewa, dalej komora prawa, przedsionek prawy i przedsionek lewy. Co do ściślejszego umiej-

scowienia pęknięcia, to na 161 przyp. pęknięcia komory lewej w 97 przyp. pękła ścianka przednia, w 48 tylna i w 16 boczna. Ze 108 przyp. pęknięcia przedniej ściany komory lewej w 54 pękła jej dolna trzecia część, w 41 część środkowa, w 13 część górna u podstawy (Meyer).

Pęknięcia występują przeważnie tuż obok przegrody międzykomorowej. Kierunek szczeliny bywa zwykle równoległy do osi podłużnej serca. Długość szczeliny waha się od 0,25 do 4 cm. W samorodnym pęknięciu serca worek osierdziowy pozostaje nienaruszony.

Poraz 1-szy pęknięcie serca było opisane przez Harvey'a (1649). Miało ono nastąpić „ex impeditu transitu sanguinis de sinistro ventriculo in arterias". Pogląd taki, iż serce może pęknąć na skutek zmian w ciśnieniu krwi, trwał dość długo i zrodził przypuszczenie, że pęknąć może zupełnie zdrowe serce. Jeszcze na początku XIX w. autorowie nieraz do tego poglądu wracali. Rozróżniali oni wówczas przyczyny pęknięcia serca organiczne (zmiany w samym sercu) i przypadkowe (wysiłki, defekacja, emocje i t. d.). Te drugie, wywołując zmianę w ciśnieniu krwi, prowadzić miały do pęknięcia serca skądinąd zdrowego. W miarę rozwoju techniki badań mikroskopowych pogląd ten tracił stopniowo na uzasadnieniu. Okazało się bowiem, iż część przypadków pęknięcia zdrowego jakoby serca, badana ściślej po raz drugi, wykazywała zmiany patologiczne w sercu (np. przypadek Griffon'a). Ostatnie próby utrzymania poglądu o możliwości pęknięcia serca zdrowego — (przypadki Winklera, Buchwalda 1905) są traktowane bardzo ostrożnie przez innych autorów (Thorel). Coraz pewniej utrwala się mniemanie, iż niezbędnym warunkiem pęknięcia serca jest schorzenie jego. Rola przyczyn przypadkowych sprowadza się do momentów, sprzyjających pęknięciu serca patologicznego.

W pierwszej połowie XIX w. cały szereg autorów kładzie nacisk na zmiany w mięśniu sercowym. Blaud (1820) wprowadza pojęcie „ramollissement gelatineux", jako zmiany starczej w mięśniu sercowym, mającej sprzyjać pęknięciu. Elleaume (1857) podaje, jako przyczyny pęknięcia) krwotoki do mięśnia sercowego, zwyrodnienie tłuszczowe tegoż, tętniaki serca, Blaud'a i sprawy zapalne. Rokitansky (1856)

wysuwa na plan pierwszy zmiany tłuszczowe (Fettsuchten) i pogląd jego utrzymuje się dość długo. Jednakże wiek, w którym najczęściej występują pęknięcia (60—80) musiał skierować uwagę badaczy na stan naczyń serca. Quain (1846) pierwszy może sławia zmiany w mięśniu sercowym w zależności od zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych. Poglądy jego zostają należycie rozwinięte pod koniec ubiegłego stulecia przez cały szereg autorów (Barth, Lanceraux, Ziegler, Weigert, Leyden, Robin et Nicolle) i sprawa patogonezy samorodnego pęknięcia serca znacznie się wyjaśnia. Obecnie wszystkie przypadki dadzą się podzielić na dwie grupy (Meyer): 1) — tętniczopochodne (arteriogenne) i 2) mięśnio pochodne, (myogenne).



W pierwszej grupie samorodne pęknięcie serca będzie zależne od zamknięcia, względnie zwężenia światła naczyń wieńcowych lub ich rozgałęzień. W grupie drugiej, ilościowo mniejszej, podłożem pęknięcia będą takie sprawy, jak zaniki, stłuszczenia, kilaki lub nowotwory mięśnia sercowego. W grupie pierwszej proces, poprzedzający pęknięcie, może być ostrym lub też i przewlekłym.

W przypadkach ostrych zostaje nagle zamknięte światło większej gałązki tętnicy wieńcowej (po uprzednim zwężeniu światła lub bez niego). Prowadzi to do martwicy całego odcinka mięśnia sercowego, przez nią unaczynionego, poczym szybko następuje pęknięcie.

W przypadkach przewlekłych natomiast zmiany w naczyniach powstają powoli. Zamknięciu światła ulegają przeważnie ich drobne rozgałęzienia. Powoli też powstają zmiany w mięśniu sercowym, polegające na zaniku jego elementów wartościowych i zastąpieniu ich łącznotkankowemi. Po dłuższym czasie dopiero tak zmieniony mięsień ulega pęknięciu. (Podobna sprawa wyprzedza zwykle powstanie przewlekłych częściowych

tętniaków serca. Te jednak rzadko ulegają pęknięciu, gdyż na ich wewnętrznej powierzchni tworzy się zwykle mocny zakrzep).

Nasz przypadek dotyczy mężczyzny 67-ioletniego, który przybył do Szpitala dn. 22.X 1924 i zmarł tegoż dnia. Według karty szpitalnej: „chory przybył z porażeniem lewostronnym, z powodu ogólnego osłabienia i bólów w okolicy serca, z silnym kaszlem i obfitą plwociną zielonkawą. St. ob. Budowa średnia, odżywienie mierne; wargi i nos sine. Lewa 1/2 ciała porażona. Na klatce piersiowej przytłumienie z obu stron, stłumienie nad szczytem prawym. Wydech wszędzie słyszalny. Wdech zaostrzony, z furczeniem i świstami, gdzieniegdzie rzężenia. Drżenie wzmożone. Serce powiększone o palec na prawo i na lewo. Tony serca głuche, pierwszy nad dwudzielną ze szmerem. Tętno arytmiczne, 52 na minutę". Rozpoznanie kliniczne: Vitium cordis. Emphysema pulmonum. Hemiplegia sinistra. Asthma bronchiale".

Po dokonanej sekcji rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: Ruptura spontanea ventriculi sinistri cordis. Encephalomalacia et cystae haemispherii dextri in regione fissurae Sylvii. Sclerosis vasorum. Pneumonia lobi inferioris dextri. Hepar moschatum. Hyperplasia lienis. Nephritis chronica interstitialis. Endaortitis abdominalis.

M ó z g. Zakręty drobne, przylegają do siebie dość ściśle. W półkuli prawej po obydwóch stronach bródzy Sylwjusza opona miękka nie dotyka zakrętów mózgu, które są zapadnięte. Pomiędzy powierzchnią mózgu a oponą — przestrzeń, wypełniona przezroczystym płynem. Na przekroju półkuli prawej, w górnej części jądra ogoniastego oraz w przednim kolanie torebki wewnętrznej, rozmiękczenie istoty mózgowej. W głowie jądra ogoniastego torbiel wielkości ziarna grochu. Naczynia podstawy mózgu zgrubiałe i zieją.

K l a t k a p i e r s i o w a. Prawe płuco zachodzi na linję środkową, w okolicy szczytu mocne zrosty. Lewe płuco odciśnięte ku górze. Worek osierdziowy rozszerzony do wielkości głowy człowieka dorosłego, naplęty, sinawy, chełbocący. Z worka osierdziowego po rozcieciu wyjęto około 200 cm.^{3} ciemno-czerwonych galaretowatych skrzepów krwi. Serce znacznie powiększone. Szerokość u podstawy $12^1/_2$ cm. Długość od ujścia tętnicy płucnej do koniuszka 15. Od ujścia żyły górnej próżnej 20. Największa szerokość komory prawej 8, zaś lewej 9. Tętnica główna rozszerzona. Pod nasierdziem, szczeg. komory prawej i obu uszek, obfita warstwa tłuszczu. Powierzchnia pokryta cienką warstwą włóknikowego nalotu. W przedniej ścianie górnej części komory lewej, na wysokości 8 cm. od koniuszka i począwszy od bródzy podłużnej przedniej w kierunku poprzecznym, ciągnie się otwór długości 4 cm. i szerokości około 1 cm., wypełniony mocno siedzącym czerwonym zakrzepem krwi. Obok tego otworu i nieco bocznie i w lewo znajduje się drugi otwór długości około 2 cm., również wypełniony zakrzepem. Brzegi obydwu otworów są nierówne i wystrzępione (p. rys. str. 45).

W komorze prawej mięśnie beleczkowe nieco spłaszczone. Grubość mięśnia komory prawej 3 mm. Zabarwienie brunatne.

Komora lewa znacznie rozszerzona i tworzy jamę wielkości pięści. Mięsień na przekrojach wykazuje liczne blizenki. Ściana przednia zgrubiała w górnej części do 3 cm. przechodzi w znacznie cieńszą, aż do koniuszka, część dolną, która tworzy ciało kuliste, uwypuklone, wielkości średnie jabłka.

Wyżej opisane otwory znajdują się tuż poniżej przejścia górnej zgrubiałej części w dolną cienką. Miejsce, w którym rozpoczyna się uwypuklenie, odpowiada wysokości stożka tętniczego. Od wewnątrz do cienkiej uwypuklonej przedniej ściany mocno przylega dość spoista, ciemno czerwona, kulista masa grubości około 4 cm., na przekroju o budowie siateczkowatej.

W łuku tętnicy głównej kilka drobnych blaszek jasno żółtych, także blaszka większa w tętnicy głównej brzusznej, tuż powyżej jej rozgałęzienia na tętnice biodrowe.

Tętnice wieńcowe zgrubiałe. Przednia, zstępująca gałązka lewej tętnicy wieńcowej, już w górnej swej części zaczopowana przez masę szarawobiałą, mocno zrośniętą z jej tylną ścianką. W okolicy tejże tętnicy znaczne wylewy krwawe do mięśnia i pod nasierdzie.

N e r k a niewielka; spoista torebka zdejmuje się dość łatwo, na powierzchni nerki są liczne drobne ubytki. Na przekroju istota korowa wąska. W nerce prawej, w dolnym biegunie, znajduje się torbiel wielkości ziarna grochu.

Badanie mikroskopowe wycinków, wziętych z różnych okolic serca i zabarwionych hematoksyliną — eosyną i barwnikiem van. Giesona, wykazało, co następuje.

Skrawek I, z prawej komory, prostopadły do powierzchni, 3 cm. na prawo od pęknięcia.

Mięsień sercowy barwi się normalnie. W komórkach mieśnia skupienia brunatnego, drobnoziarnistego barwika. Prążkowanie słabo zaznaczone. Miejscami tłuszcz podnasierdziowy przenika pomiędzy włókna mięsne. Gdzie niegdzie przerwy pomiędzy włóknami, wypełnione tkanką łączną. W naczyniach błona wewnętrzna wyraźnie zgrubiała.

Skrawek II. z dolnej części uwypuklenia lewej komory, prostopadły do powierzchni.

Warstwa mięśniowa bardzo cienka, jądra niezabarwione, prążkowanie zatarte. W cienkiej warstwie mięśniowej znaczna ilość tkanki łącznej. Pomiędzy włóknami mięsnemi znaczne nacieki drobnokomórkowe z przewagą leukocytów wielojądrzasł. Od wewnątrz do warstwy mięsnej przylega najpierw gruba, potym cienka siatka włóknika z rozpadłemi krwinkami i leukocytami. Naczynia włosowate znacznie rozszerzone i wypełnione krwinkami. W jednym naczyniu organizujący się zakrzep.

Skrawek III, z lewego brzegu uwypuklenia i wzdłuż niego.

Mięsień sercowy zachowuje się, jak na poprzednim. Poszczególne włókna, otoczone naciekami. Wzdłuż całego preparatu biegną pasma zbitej tkanki łącznej, otaczające szereg zgrubiałych, o zwężonym świetle, naczyń. W miejscach bliższych do powierzchni wewnętrznej świeża ziarnina. W naczyniach błona wewnętrzna znacznie wybujała, w drobniejszych zupełnie zamyka światło. Błona zewnętrzna przechodzi w zbitą tkankę łączną.

Skrawek IV, z tylnej powierzchni lewej komory, poprzez mięsień brodawkowy tylny.

W mięśniu jądra zabarwione dobrze, jednakże włókna wykazują miejscami fragmentację. W komórkach znaczna ilość barwika brunatnego. Pomiędzy włóknami mięsnemi głębokiemi naciek. Miejscami drobne bliznki. Błona wewnętrzna naczyń zgrubiała.

W danym przypadku na plan pierwszy wysuwają się zmiany w naczyniach serca. Znaczny zaś rozrost tkanki łącznej, w postaci drobniejszych i większych blizn, świadczy o przewlekłości całej sprawy. Tętnice wieńcowe, szczególniej przednia zstępująca gałązka tętnicy lewej, ulegały stopniowemu zwężaniu światła, co powodowało upośledzenie w odżywieniu mięśnia. Drobniejsze rozgałęzienia tej tętnicy ulegały zamknięciu światła bądź dzięki tworzeniu się w nich zakrzepów, bądź dzięki bujaniu błony wewnętrznej. Powstawały drobne ogniska martwicze w mięśniu, w których później tworzyły się bliznki. Proces ten stopniowo się posuwał w kierunku od najdrobniejszych rozgałęzień ku większym i sprzyjał powstawaniu coraz większych blizn. Mięsień sercowy w tym miejscu tracił coraz więcej na swej sprężystości i sprawności. W rezultacie powstał pod wpływem ciśnienia krwi ograniczony tętniak przedniej ściany lewej komory, który od wewnątrz został wypełniony zakrzepem, wzmacniającym niejako jego cienką ściankę. W przedniej zstępującej gałązce lewej tętnicy wieńcowej, której światło już wcześniej było zwężone, powstawał stopniowo zakrzep. Światło tętnicy zostało wreszcie zupełnie zamknięte i cały odcinek przez nią odżywiany był pozbawiony dopływu krwi. Ponieważ jednak w ścianie tętniaka przeważały elementy łącznotkankowe, stosunkowo mniej czułe na brak odżywienia, to pęknięciu nie uległa ściana jego, lecz umiejscowiło się ono na przejściu zgrubiałego mięśnia górnej części przedniej ściany komory lewej w ścianę tętniaka, co jest najciekawszym szczegółem danego przypadku. To miejsce okazało się najmniej oporne,

gdyż z jednej strony tkanka łączna nie zdążyła tutaj się zespolić, z drugiej strony zachowane tu jeszcze elementy mięsne prędzej uległy martwicy i doprowadziły do pęknięcia. W ten sposób należy tłumaczyć paradoksalny fakt wystąpienia pęknięcia w miejscu, stosunkowo mniej zmienionym.

Ciekawy również szczegół danego przypadku stanowi pęknięcie w dwuch miejscach, oraz poprzeczny kierunek pęknięcia.

Całość odpowiada obrazowi samorodnego pęknięcia serca o pochodzeniu tętnicznym z wybitnie przewlekłym przebiegiem, poprzedzającym pęknięcie.

Dla zestawienia przytoczę przypadek samorodnego pęknięcia serca, opisany w 1911 r. przez dr. Jastrzębskiego. Z łaskawie mi użyczonego rękopisu podaję następujące szczegóły.

Przypadek dotyczy 61-letniego mężczyzny. Na sekcji znaleziono: ogniska rozmiękczynowe w płatach czołowym i potylicznym, ogólną miażdżycę naczyń, nerki miażdżycowe. Worek osierdziowy rozciągnięty, ciemno-sinawy, wyraźnie chełboczący. Po nacięciu wypływa krew. Serce znacznie powiększone; na wierzchołku kulista wypukłość, zrośnięta z workiem osierdziowym. W wypukłości otwór szarpany, wypełniony zakrzepami. W środkowej części przedniej ściany komory lewej część ściany, wielkości 2 zł. monety, lekko zapadnięta, miękkiej konsystencji. W zstępującej gałęzi lew. tętn. wieńc. zakrzep długości około 4 cm. W lewej komorze ściana powyżej uwypuklenia zgrubiała, w tętniaku cienka. Jama tętniaka wywypełniona twardym kulistym zakrzepem. Zakrzep w środku mocno zrośnięty ze ścianą, na obwodzie niezupełnie do niej przylega. W okolicy przegrody międzykomorowej, w miejscu zupełnego odwarstwienia się zakrzepu od ściany, widać szparę, prowadzącą do zewnętrznego otworu pęknięcia.

Na zasadzie szczegółowego badania dr. Jastrzębski przypuszcza, iż w jego przypadku miały miejsce trzy następujące po sobie udary. Pierwszy doprowadził do utworzenia się tętniaka, drugi spowodował powstanie ogniska rozmiękczynowego w sercu, trzeci zaś doprowadził do pęknięcia tętniaka.

Przy zestawianiu obydwuch przypadków uderzającym jest ich znaczne podobieństwo. W jednym i w drugim, pomijając inne szczegóły, mamy podłoże tętnicze, w jednym i w drugim doszło do powstania tętniaka. Tu zaczynają się różnice. W przypadku dr. Jastrzębskiego pęka tętniak, w naszym natomiast ściana, tuż powyżej tętniaka.

Tłumaczy się to przedwszystkiem stosunkiem zakrzepu do wypełnionej przezeń jamy tętniaka.

W naszym przyp. zakrzep ściśle na całej powierzchni przylegał do ściany tętniaka, chroniąc ją w ten sposób od pęknięcia. W przyp. dr. J. zakrzep był częściowo odwarstwiony i dzięki temu doszło do tak rzadkiego pęknięcia tętniaka. Różnice zachodzą jeszcze w przebiegu całej sprawy, która w przyp. dr. J. miała charakter bardziej ostry, niż w naszym. Oba wreszcie przypadki stanowić mogą jednocześnie ciekawy przyczynek do powstawania i przebiegu częściowych tętniaków serca.

Na zakończenie zaznaczyć należy, iż przy pęknięciu serca śmierć następuje na skutek uniemożliwienia ruchów serca, przez nagromadzoną w worku osierdziowym krew (Herztamponade). W związku z tym śmierć występuje niekoniecznie w chwili pęknięcia serca lub zaraz po nim. Gdy otwór jest mały, przebieg sprawy może się przeciągnąć nawet do kilku godzin i więcej.

Uważam za słuszne podziękować w tym miejscu kierownikowi pracowni p. dr. Jastrzębskiemu za udzielenie mi swego przypadku, oraz za stałą pomoc w mej pracy naukowej.

PIŚMIENNICTWO.

1) Abbt. Über die spontanen Rupturen des Herzens. Inaug. Diss. Erlangen 1875. 2) Böttger. Über die spont. Ruptur. des Herzens. Archiv der Heilkunde 1863, 6 Heft S. 502—512. 3) Fischer. Herztamponade. Frankfurt. Z. f. Path. 1910. 4. 4) Leyden. Über die Sclerose der Coronararterien und die davon abhangigen Krankheitszustande. Zeitschrift f. klin. Med. 1884 Bd. VII. 5) Lisiewicz. Słuczaj samorodn. razrywa sierdca. Wojenno med. żurnał 1910 kn. IV. 6) Meyer. K uczenju o samoproizwolnych razryw. sierdca. Charkow. med. żurnał 1911 t. XI № 5. 7) Paszkiewicz. Samorodne pęknięcie serca. Gaz. lek. 1921 № 7. 8) Ruczynskij. Samoproizw. razryw sierdca. Trudy obszcz. russk. wraczej w SPb. 1901—1902 str. 327—339. 9) Szybkow. K woprosu o trawmat. powreżden. sierdca bez probod. sierd. soroczki. Kazan. med. żurnał 1912 № 3. 10) Szybkow. K woprosu o samoproizw. razrywie sierdca 1912 № 2. 11) Thorel. Pathologie der Kreislauforgane. Ergebn. der allgem. Path. u. patholog. Anatomie von Lubarsch u. Ostertag 1907. II p. 423.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 26 września 1924 r. (Ciąg dalszy).

Przewodniczył Endelman.

Mutermilch. **Pokaz chorej z guzem niezwykłych rozmiarów w jamie brzusznej.**

F. G. 40 lat, mężatka: 4 norm. porody, ostatni 6 l. temu — nie miesiączkuje od 10 miesięcy. 6 mies. temu zaczął stopniowo, a w ciągu ostatnich paru mies. szybko, rosnąć guz od strony prawego jakoby podbrzusza. (?) W ciągu choroby b. schudła.

Budowy normalnej. Znacznie upośledzony stan odżywienia. Trawienie i wydzielanie moczu norm. Nieznaczne osłabienie szmerów oddechowych nad prawym płucem od tyłu. Lewa granica serca o 2 palce na zewnątrz od linji sutkowej; szmer skurczowy nad tętnicą płucną oraz nad koniuszkiem. Prawy płat wątroby—$1^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego, oddzielony od guza wąskim pasem wypuku bębenkowego; stłumienie lewej połowy przechodzi w stłumienie guza. Śledziona wypukowo między 7—9 żebrem; poniżej — wąski pas o wypuku bębenkowym. Okolice lędźwiowe wolne. Gruczoły pachowe powiększone, twarde.

Guz, wielkości co najmniej 2 głów dorosłego człowieka, zajmuje prawie całą jamę brzuszną, pozostawiając z boku, z prawej strony, wąski pas o wypuku bębenkowym. Górny brzeg guza, wyraźnie dający się wymacać poniżej prawego płata wątroby, w lewej swej części nie daje się odgraniczyć. Wyraźnie macalny brzeg prawy oraz dolna granica, lewa zaś boczna b. niewyraźna. Pośrodku dolnego brzegu charakterystyczne wcięcie (incisura) o brzegu chrząstkowatotwardym; w głębi wcięcia wyczuwa się mały guz. Guz jest twardy, o powierzchni nierównej, prawie nieprzesuwalny; przy przesuwaniu ponad nim powłok—trzeszczenie. Przy rozdęciu okrężnicy stłumienie guza bez zmiany, co oznacza, że leży on wewnątrzotrzewnowo.

Kał: jaja Ascaris lumbricoides.

Mocz: 0,5‰ białka; cukru, barwików żółciowych nie wykryto; osad +.

Krew: Hg. 52%. Erytroc. 2.568.000. Leukocyt. 11.200. Płytek b. dużo. Neutrofil. 56%, sporo niedojrzałych. Limfocyt. młod. 22%. Monocyt. i przejściow. 13%. Eozynochl. 8%. Plazmat. $^1/_2$%. tucznych $^1/_4$%.

Odczyn Wassermana —.

W rozprawie Justman radzi zbadać chorą w ułożeniu Trendelenburga, ułatwi to określenie stosunku guza do wątroby. Rozdęcie znaczne żołądka w związku z guzem trzustki jest tu możliwe, a pamiętać też trzeba tu o sieci.

A. Messingowa. **Przypadek kilaka pochwy.**

Przypadek zasługuje na uwagę z powodu rzadkości tego rodzaju umiejscowienia kilaków. 34-letnia chora przybyła do Szpitala 31.VII. r. b. z owrzodzeniem na tylnej ścianie pochwy, trwającym od 3-ch tygodni. W roku ubiegłym zgłosiła się z podobnym owrzodzeniem na dużej prawej wardze sromnej; rozpoznano tu wtedy kilak. Po leczeniu swoistym (6 r. neosalwars i 13 r. lualol.) wypisana zdrowa. Przedtym nie leczyła się. Raz roniła, następnie 2 razy rodziła dzieci zdrowe. Od roku nie żyje płciowo. Owrzodzenie było okrągłe, wielkości orzecha włoskiego, twardawe, o brzegach nacieczonych, nie podrytych, pokryte szaro-żółtym nalotem, nie dającym się łatwo usunąć, niebolesne. Gruczoły pachwinowe wyczuwalne, inne norm. Na skórze, błonach śluzowych widocznych, w narzadach wewnętrznych, jak również ustroju nerwowym—bez zmian. Badanie na krętki dało wynik ujemny. Odczyn W—na we krwi ujemny (należy nadmienić, że i w roku ubiegłym odczyn W—na, kilkakrotnie badany, wciąż pozostawał ujemny). Pirquet—ujemny. Wyłączyć należało objaw pierwotny (reinfectio), ponieważ krętków przy badaniu nie znaleziono; chora od roku nie miała stosunków płciowych. Brak bólów, szybki rozwój i dobry ogólny stan przemawiały przeciwko gruźlicy, jak również i nowotworowi (rak) — brak chrząstkowatej konsystencji, charakterystycznego wału i t. d. Na zasadzie przeto całokształtu obrazu chorobowego rozpoznano tu kilak rozpadły. Owrzodzenie obecnie znajduje się w stanie zabliźnienia, znacznie się zmniejszyło, powierzchnia się oczyściła. Chora otrzymała do tego czasu 3 r. neosalwars. i 5 r. Quinby. A zatym i „ex juvantibus" diagnoza również potwierdzona została.

W dyskusji brali udział Markusfeld i Higier.

Bychowski (mł.). **Z badań doświadczalnych nad stanami osłupienia.**

Zagadnienie osłupienia należy do najciemniejszych w psychiatrji. Zapomocą wysokich dawek kokainy (0,1 - 0,2 Coc. mur. podskórnie) udaje się w większości przypadków przerwać stupor na czas od $^1/_2$ — 6 godzin. Chorzy, którzy, jakkolwiek nie znajdują się w stanie osłupienia, ale są niedostępni i zamknięci w sobie, dzięki kokainie stają się przystępniejsi i bardziej produkcyjni. Dlatego też metoda ta ma znaczenie nietylko w stanach stuporu. Pomaga ona w okresie t. zw. schizofrenicznych stanów końcowych, podczas których co do życia wewnętrznego chorych jesteśmy tak często pozbawieni wszelkich danych. Pokazane przez B. odpowiednie przypadki wskazują niewątpliwe niekiedy znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze działania kokainy; w jednym przypadku np. dopiero za jej pomocą udało się rozstrzygnąć pomiędzy rozpoznaniem śpiączki nagminnej a schizofrenją. Znaczenie lecznicze tych doświadczeń jest jeszcze

zagadnieniem nierozstrzygniętym, ich uzasadnienie teoretyczne niepewne, jakkolwiek określone już przez szereg faktów doświadczalnych.

Markusfeld. **Zwężenie bliznowate ust i otworu lewego nosa z zarośnięciem zupełnym nozdrza prawego w przebiegu wilka skóry na twarzy.**

Starzec 75-cioletni cierpi od 50 lat na zwolna postępujące zarastanie nozdrza lewego, a od 10 lat na wciąż wzrastające zwężenie ust, przez które, w stanie obecnym, przechodzi zaledwie koniec małego palca; skóra wokoło ust, na grzbiecie i u końca nosa zcieńczała, po części zbliznowaciała. Nozdrze prawostr. już zupełnie zarośnięte, lewe przepuszcza zaledwie zgłębnik (1/2 cm.). Gdzie niegdzie na skórze ścieńczałej nosa i policzków widać ogniska zapalne, bez wyraźnej postaci guziczków. M. podkreśla, że zniekształcenia takie są już dzisiaj niewątpliwie rzadkością. W terapji doby obecnej należy rozróżniać leczenie ogólne (Alttub., odpornościowe, odżywienie obfite, powietrze i t. d.) i miejscowe prom. R. i inn. rodz. prom. leczniczych, następnie środkami chemicznemi, jak np. Ac. pyrogallicum i n. inne).

W dyskusji Sterling nie zgadza się z uwagą Markusfelda, że obecnie nie widujemy tak ciężkich zniekształceń i że tłumaczyć to trzeba postępami lecznictwa. Zdaniem S. wystarcza przypomnieć obraz mikroskopowy wilka, żeby zrozumieć całą beznadziejność leczenia miejscowego. Dość duże doświadczenie skłania S. do przyłączenia się do zdania klinicystów, odmawiających tuberkulinie poważniejszej roli leczniczej w wilku. Prom. Rentg. tworzą raczej podłoże dla działania terapji Finzena, niż je leczą same. Jedynie skutecznym środkiem, jak dotąd, jest światło aparatów Finzena. Gdy Szpital nasz będzie w posiadaniu aparatów Finzena, będzie można mówić tu u nas o skutecznym leczeniu wilka. Leczenie chirurgiczne, wzorem Lang'a, w odpowiednich przypadkach także daje doskonałe wyniki.

W odpowiedzi M. podkreśla, że leczenie AltT ma swoich przeciwników, lecz ma też wielu zwolenników, niezbędne jest tylko zachowanie tych wszystkich środków ostrożności, których stosowania wymaga ta metoda lecznicza. Prom. R. nie działają, rozumie się, swoiście, sprzyjają tylko wessaniu nacieczeń gruźliczych.

M. nie widzi zazwyczaj w leczeniu wilka potrzeby chirurgicznego zabiegu; jest ono mało celowe, chociażby ze względu na mnogość zwykle ognisk i tworzenie wciąż świeżych guzICzków wilka.

Markusfeld. **Przypadek gruźlicy skóry stopy prawej ze słoniowaciną stopy i podudzia.**

J. F., l. 34, przybył 21.V r. b. W młodości zołzy. Od 5 roku życia ropotok uszny lewostr., obecnie głuch. lew. ucha. Od 15 roku życia chora noga prawa. Zaczęło się od owrzodzenia u małego

palca; owrzodzenie to nie goiło się dobrze. W 19 roku życia zaniewidział na lewe oko. W 22 r. życia ospa. W międzyczasie wzrastające zgrubienie całej praw. k. d. i mnożące się owrzodzenia na stopie prawej i podudziu. Od 2 lat żonaty; żona 2 razy roniła. — St. ob. (22.V 24): odżywienie mierne; T 36,7. Wymiary praw. podudzia i stopy większe od lew.—w różnych punktach—o 2, 4, 6, 7 i 12 ctm. Podudzie w kształcie walca, oddzielone od zgrubiałej zniekształconej stopy głęboką bruzdą; paznokcie u palców stopy przerosłe, nierówne. Skóra na podudziu i stopie napięta, nieprzesuwalna, twarda, blado-sinawej barwy, w dolnej $^1/_3$ podudzia łuszczy się. Na przedn. powierzchni stopy u 3-go, 4 i 5 palców i na tych palcach u brzegu wewnętrznym i zewnętrznym stopy i na paluchu skóra znacznie zmieniona; występuje tu cały szereg guzków czerwonych, a miejscami tworzących nacieczoną masę nad powierzchnią zdrowej skóry, wyraźnie odgraniczoną od niej. Mniejsze skupienia guzków u kostki wewnętrznej i nad piętą. Prócz tego na zewnętrznym brzegu stopy owrzodzenie (2×2 ctm.), ogragłe, pokryte rzadką ropną wydzieliną, o brzegach wzniesionych, podminowanych. 2 kępki (2×2 i 3×2 ctm.) u brzuśca mięśnia łydkowego, barwy sino-czerwonej, powstałe ze zlania się oddzielnych guzków. Prawo-str. gruczoł limfatyczny łokciowy wielkości grochu. — Otit. med. pur. chr. ucha lewego; brak tu błony bębenkowej; ziarnina w uchu środkowym. W oku lewym bielmo z wrośnięciem tęczówki po owrzodzeniu rogówki. W narząd. wewnętrznych bez zmian.

Mocz bez białka i cukru. Pirquet ++. Wass. ujemny. W wyciętym kawałku: gruczołki z typowemi komórkami olbrzymiemi.

W dyskusji Goldflam nie widzi tu potrzeby amputacji kończyny chorej, dopóki się nie sprawdzi należycie działania innych środków pomocniczych chirurgicznych, fizykalnych i t. p. Abramowicz wątpi, aby badanie prom. Roentg., wzgl. leczenie temi promieniami i światłem lampy kwarcowej, mogło tu co zdziałać. A. sądzi, że pomóc by tu mogła Sympathectomia periarterialis. Blayowa uważa, że chory ma niewątpliwie objawy gruźlicy ustrojowej, przyczyna zaś zmian na jednej kończynie dolnej może być wywołana przez zaburzenia miejscowe krążenia.

Markusfeld. **Przypadek słoniowaciny prawej kończyny dolnej.**

A. K., l. 50, przybył 16.IX.24 r. 35 lat temu, po dźwignięciu się, dostał bólu w krzyżu i przez 3 miesiące wówczas nie chodził. 12 lat temu spadł z wozu, stłukł nogę u kostki wewnętrznej; w miejscu tym od tego czasu bóle. 10 lat temu chory był operowany z powodu próchnienia kości (caries ossis ilei sin). 8 lat temu utworzył się też guz nad kością biodrową po stronie prawej; chorego operowano w Szpitalu na Pradze, gdzie przeleżał $2^1/_2$ miesiąca. Wkrótce potym po str. praw. w dolnej $^1/_2$ brzucha wystąpiło wciąż powiększające się rozszerzenie żył. Od 6 lat na przedniej powierzchni

praw. podudzia stopniowo powiększające się owrzodzenie. Od 3 lat puchnie zwolna stopa prawa; powiększa się też prawe podudzie, stopniowo i udo.

Ma 17-ro zdrowych dzieci. Żona nie roniła. Nałogów, chorób wenerycznych nie było. 23 lat temu — dur, 18 lat temu — róża na k.d. praw. St. ob. Budowa +; odżyw. +; T-o norm. Prawa k.d. znacznie powiększona, ma kształt walca; stopa odcina się od podudzia głęboką brózdą. Skóra tu, szczególniej od podudzia, zgrubiała, twarda, napięta, nie daje się ująć w fałdy. Różnica wymiarów obu k.k.d. wynosi w poszczególnych punktach od 7—15 cm. Podudzie prawe, od $1/3$ dolnej aż ku stopie, koloru ciemnosinego; górny pas tej części podudzia (szer. 3-ch palców) pokryty ciemnobrudnemi, brodawkowatemi masami rogowemi. W środkowej części podudzia szereg drobych guzków z wyglądem, jak kłykciny szyszkowate. Na zewnętrznej powierzchni podudzia w dolnej $1/3$ cz. duże owrzodzenia okrągłe (20×6) cm. głębokie, o brzegach ściętych, niepodminowanych; dno owrzodzenia pokryte żółto-zieloną cuchnącą, gęstą wydzieliną, na lewo 2 owrzodzenia takie same (3 × 3 cm.), głębsze. Gdzie niegdzie na podudziu szereg jeszcze innych owrzodzeń, mniejszych lub blizn po nich. Pozatym kostne blizny pooperacyjne. W pachwinie prawej guz (jak pięść); w górnej części twardawy, w dolnej miękki, z oddzielnych twardawych, niebolesnych gruczołów limfatycznych. Od wyrostka mieczykowatego z praw. str. do spojenia łonowego nad prawym mięśniem prostym brzucha, żyły znacznie powiększone, szczeg. w dolnej części, rozszerzone, wężykowato skręcone (v. epig. superfic. et v. subcut. abdominis, v. mam. dex.) tworzące tu szereg nieregularnych guzów. Kol. Sołowiejczyk wyczuł u chorego, w okolicy kości krzyżowej, ku dołowi zgrubienia kostne od strony odbytnicy, a w jamie brzusznej w okolicy prawego m. psoas nacieczenie nieznaczne.

W płucach (kol. Lichtenberg) nacieczenie prawego szczytu (nieczynne) i objawy rozedmy. W sercu norm. Jama brzuszna bez guzów. Dolny brzeg wątroby o $1^1/_2$ ctm. poniżej łuku żebrowego. Ukł. nerwowy +. Mocz norm. Pirquet +. Wass. —. „Elephantiasis nostras" (w odróżnieniu od Eleph. Graecorm., id. est. lepra lub Eleph. Arabum, id est filariosa) nie ulega tu wątpliwości. Zwykła przyczyna: są nią tu liczne, często powtarzające się zakażenia paciorkowcami ropotwórczemi lub róża w przypadkach pierwotnych owrzodzeń goleni, w gruźlicy skóry. Co do przyczyny słoniowaciny w danym przypadku, to M. wysuwa 2 objaśnienia: 1) najbardziej prawdopodobne, że po zabiegu chirurgicznym (przed 8 laty), z powodu gruźlicy kości biodrowej (wzgl. krzyżowej), zostały wycięte gruczoły limfatyczne — lub też uszkodzono duże pnie żylne i limfatyczne, a to — jako skutek — dało objawy zastoinowe żylne i limfatyczne, stąd i przerost gruczołów limfatycznych, utrudnione krążenie krwi w v. iliac. extern. et femoralis; lub też 2) ropień opadowy (kol. Sołowiejczyk), w zwią-

zku z gruźlicą wyżej wymienionych kości, przez ucisk doprowadził do objawów zastoinowych i jego skutków.

W dyskusji Abramowicz omawia sprawę leczenia w tym cierpieniu, które przedewszystkiem zawsze uzależniać trzeba od przypuszczalnego podłoża jego.

Sprawozdanie z posiedzenia do 17 października 1924 roku.

Przewodniczył Flatau.

Stückgold. **Przypadek wycięcia pęcherzyka żółciowego u 15-letniej dziewczynki** (z oddz. M. Lubelskiego).

Chora l. 15, przybyła na oddz. chirurgiczny z powodu częstych, bardzo dotkliwych, bólów w prawej połowie brzucha, przeważnie w prawym podżebrzu. Zachorowała po raz pierwszy trzy lata temu; rozpoczęło się od wyżej wzmiankowanych objawów, którym towarzyszyły wymioty. Przeleżała kilka dni i po leczeniu zachowawczym niedomagania te ustąpiły. Takich napadów bólu miała kilka w przeciągu roku. Po przerwie dwuletniej bóle te wzmogły się; stały się częstsze, bardziej wyczerpujące. Podczas jednego z takich napadów chora przeleżała 3 tygodnie. Żółtaczki nie spostrzegano.

Stan obecny. Ciepłota podgorączkowa, czasami do 37°6. W narządach klatki piersiowej zmian patologicznych nie stwierdzono.

Jama brzuszna. Brzuch miękki, bolesność przy wymacywaniu w prawej górnej połowie brzucha, przeważnie w prawym podżebrzu. Wątroba powiększona, dolny brzeg wyczuwalny o 2 palce poniżej łuku żebrowego; pęcherzyk żółciowy namacalny, odgraniczony—wielkości orzecha włoskiego. Założono zgłębnik dwunastniczy czterokrotnie; żółci wydobyć nie udało się ani razu, pomimo wprowadzenia przez zgłębnik rozczynu $MgSO_4$, natomiast wydobywano zawartość alkaliczną, zawierającą dużą ilość trypsyny.

W moczu urobilinogenu nie stwierdzono. Stolce odbarwione. Próba sublimatowa ujemna. 8-go dnia pobytu chorej na oddziale wystąpiła nieznaczna żółtaczka, swędzenie skóry. Ze względu na to, ze badanie kliniczne przemawiało za schorzeniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, a długotrwałe napady wyczerpywały chorą, St. przystąpił do zabiegu chirurgicznego. Cięciem pod kątem (Kocher—Czerny) otworzono jamę brzuszną. Znaleziono pęcherzyk żółciowy, zrośnięty z poprzecznicą i wypełniony kamieniami. Na tępo wyłączono pęcherzyk od zrostów i po przecięciu otrzewny wokół pęcherzyka, w miejscu, gdzie przechodzi nań z wątroby, wyłuszczono pęcherzyk podotrzewnowo i wycięto. Stwierdzono za pomocą zgłębnika kamień w przewodzie wspólnym; nie udało się jednak wydostać go na zewnątrz. Wprowadzono wówczas palec do otworu sieciowego i przesunięto kamień do dwunastnicy. Po usunięciu w przewodach przeszkód, założono w nie sączki, a jamę brzuszną

częściowo zaszyto, pozostawiając sączki w miejscu, gdzie znajdował się pęcherzyk i w zewnętrznym końcu cięcia. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Zdjęto szwy na 12-y dzień. Rychłozrost. Po 3 tygodniach usunięto sączek, gdyż ustało wydzielanie się żółci. 25-ego dnia po operacji podniesienie ciepłoty, które wkrótce ustąpiło. Obecnie chora czuje się zupełnie dobrze.

Badanie mikroskopowe wyciętego pęcherzyka żółciowego wykazało: od strony surowicówki w jednym miejscu przekrwienie; w jednym miejscu rozpoczynające się owrzodzenie — odlezyna od kamienia żółciowego. Pęcherzyk był wypełniony miękkiemi kamieniami żółciowemi, wielkości orzecha laskowego, na przekroju o budowie promienistej.

Kamica żółciowa w tak młodym wieku należy do przypadków bardzo rzadkich. Jeżeli są opisywane przypadki takie, to stwierdzone na stole operacyjnym.

W piśmiennictwie ostatnich kilkunastu lat nie stwierdzono kamicy żółciowej w tak młodym wieku przy operacji.

W dyskusji Szour zaznacza, że przypadek ten przedstawiał trudności rozpoznawcze wobec b. nieznacznej żółtaczki, poprzednich jakoby napadów zapalenia ślepej kiszki i wieku chorego. Dopiero po dokonaniu 4-ego zgłębnikowania dwunastnicy (po 4—5 godzin każdej z wszelkiemi dla badań tu zabiegami i ostrożnościami, po otrzymaniu za każdym razem zawartości dwunastnicy bez barwików żółciowych, a z dużą natomiast ilością trypsyny, rozpoznanie zaczęło się wyjaśniać. Wobec jednoczesnego braku urobilinogenu w moczu i odbarwionych stolców a ujemnej próby sublimatowej, poddano chorą operacji. Sz. podkreśla decydujące tu znaczenie zgłębnikowania dwunastnicy w wątpliwych przypadkach zatkania przewodu żółciowego wspólnego. Jednocześnie przytacza 2 inne przyp. oddziałowe zatkania d. choledochus: jeden, z powodu zapalenia przewodów żółciowych, drugi, z powodu nowotworu. W tych przypadkach, jak zwykle, żółtaczka była wybitna. Sz. zastanawia się nad przyczynami niejednakowej żółtaczki w przypadkach zatkania d. choledochus. Należałoby wyjaśnić, czy wątroba nie wydziela, być może, żółci o mniejszej zawartości barwików żółciowych, gdy nie wykonywa fizjologicznej swej czynności wydalania żółci do jelit. Dlaczego w niektórych przyp. żółtaczki (przeważnie nowotworowych) żółte zabarwienie skóry ma odcień brudny, brunatny, cytrynowy lub inny— należałoby to też rozwiązać teoretycznie, wzgl. doświadczalnie.

Gliksman podkreśla, że zgłębnikiem dwunastnicowym posiłkują się też ostatnio dla celów terapeutycznych. Robin, zachęcony przez Gl., od 5-iu lat używa drogi przez zgłębnik do wprowadzenia leków do dwunastnicy. Siarczan magnezowy, wlewany przez zgłębnik do dwunastnicy, jak wiadomo, wywołuje rozkurcz ujścia przewodu żółciowego wspólnego, przez co ułatwić można przez zgłębnik wydobycie żółci do badań.

G o l d f l a m pyta, w jakim stanie był wyrostek robaczkowy. S t u c k g o l d tłumaczy, że zmian w nim dla oka gołego nie było.

M i l e j k o w s k i. **Przypadek przymiotu wrodzonego ze zmianami kostnemi.**

L. K., lat 6 ciu, urodził się wczas, jako dziecko zupełnie normalne. W 6-ym tygodniu życia jakaś wysypka, która pod wpływem maści prędko przeszła. Nieco później wystąpiła na twarzy, szczególnie na policzkach pryszczyca łojotokowa, która uporczywie trwała do 5-go roku życia i ustąpiła w końcu pod wpływem miejscowego leczenia (stosowane były dziegieć i siarka). Rok temu matka zauważyła zgrubienia na górnych i dolnych kończynach, szczególnie na prawym przedramieniu; pól roku temu dziecko zaczęło utykać na lewą nóżkę.

Ząbkowanie w 8 ym miesiącu, okres ten był ciężki. Chodzić dziecko zaczęło mając 2 lata. Umysłowo dobrze rozwinięte.

S t. o b. Skóra i błony śluzowe blade, odżywienie — mierne. Na szyi i za uszami—zmiany łojotokowe. Gruczoły szyjne i u prawego łokcia znacznie powiększone, pachwinowe—mniej. Zęby, jama ustna i nosowa — bez zmian. Dziecko widzi i słyszy dobrze. Dno oka normalne. Organy wewnętrzne bez zmian klinicznych. W moczu nic patologicznego. B a d a n i e k r w i: WR ++++; Hemoglobiny 60; Czerw. c. 3.460.000; Biał. c. 14.200; Neutro-chłon. 68%; Limfoc. duż. i mał. 22%; Przejściowych 8%; Eozynochłon. 1/2%; Tucznych 1/2%; Anizocytoza; lekka pojkilocytoza; wśród neutrochłonnych pewna ilość niedojrzałych (15—25%). Z m i a n y k o s t n e: prawe przedramię na całej przestrzeni znacznie zgrubiałe i nieco skrzywione; podobne zgrubienia w rozmiarze rozległym występują także na lewym przedramieniu, na lewym podudziu i w okolicy lewego stawu kolanowego. Zdjęcia rentgenowskie (dr. Mesz) wykazują wszelkie zmiany kostne, które mogą być we wrodzonym przymiocie, a mianowicie t. zw. osteochondritis, periostitis i osteomyelitis luetica. Na podudziu prawym występuje znany objaw późnego przymiotu wrodzonego (ostitis deformans syphilitica — tibia „en lame de sabre").

U matki WR ++++, bez objawów klinicznych przymiotu; nigdy też chorób wewnętrznych nie przechodziła. O tym, że jest chora, dowiedziała się dopiero teraz, gdy badano syna. U ojca WR + (b. słabo dodatni); obecnie leży chory z powodu owrzodzenia zgorzelinowego stopy na tle zapalenia tętnic zarostowego (endoart. oblit.).

W d y s k u s j i S z o u r omawia obraz hematologiczny. Zwiększona leukocytoza, limfo- i monocytoza przemawiają za kiłą wrodzoną. Sz. przytacza dawne badania Leredde'a krwi w kile wrodzonej. W żadnym z 70 przyp. Ler. z kiłą wrodzoną lub u rodziców tych dzieci chorych, krew morfologicznie nie była normalna. We wszystkich tych przyp. L. stwierdził anemię, limfo i monocytozę

obok hyperleukocytozy. Naegeli wspomina o błędnych rozpoznaniach wrodzonej leukemji limfatycznej u noworodków z kiłą wrodzoną, tak znaczną bowiem w tych przypadkach była limfocytoza.

Herman. **Przypadek sekcyjny krwotoku podpajęczynówkowego.** (Z oddz. E. Flataua).

Dodz E..., zamężna, przybyła na oddział d-ra Flataua w d. 25.IX.24 r. Wywiady: ojciec zmarł w 70 r. życia; matka cierpiała na silne napady migreny, ma 72 l., cierpi na raka macicy. Rodzeństwo zdrowe.

Chora od kilkunastu lat miewała błyskawicznie przemijające chwile zamroczenia, w czasie których oczy ustawiały się w słup, wzrok stawał się matowy, na pytania nie odpowiadała. Napadów migreny nie miała. Ma dwoje dzieci, III ciąża — poronienie. Jedno dziecko kleszczowe, cierpi na padaczkę.

Choroba obecna od 3 tyg.: śród zupełnego zdrowia, we dnie, traci przytomność, piana na ustach, kończyna lewa górna przegięta w łokciu, dolna ulega drgawkom; silne wymioty (do 6 godz.); przytomność powróciła po 20'. Na 8 dzień wstała. Po 3 dniach II napad: utrata przytomności z drgawkami w lewych k.k. i twarzy z wymiotami; przytomność odzyskała tym razem po 4 godz. Bóle głowy. Na 4 dzień po II ataku, rano, nagle zaniemówiła, bez utraty przytomności, jednocześnie nastąpiło osłabienie pr. kończyn. Menses prawidłowe.

St. ob. I ton nad koniuszkiem serca z podmuchem. Tętno 98. Nerwy czaszkowe bez zmian, za wyjątkiem osłabienia dolnej gałązki pr. nerwu twarzowego. Pozatym lekkie osłabienie prawych kończyn, z zaznaczonemi objawami Cacciapuotti i Raymista, brakiem pr. odruchu brzusznego. Ze strony mowy: w pierwszym dniu całkowita niemota, w ciągu następnych 4 dni znaczna poprawa z zaburzeniami o typie niemoty pamięciowej. Zupełnie przytomna, zorjentowana należycie. Odczyn Wass. we krwi chorej i męża — ujemny. Mocz — bez zmian. 28.IX, w piątym dniu pobytu w Szpitalu, chora nagle w ciągu kilku sekund zmarła.

Badanie pośmiertne (d-r Jastrzębski) wykazało przewlekłe zapalenie włókniste wsierdzia i mięśnia sercowego (potwierdzone drobnowidzowo). Na podstawie mózgu olbrzymi wylew krwi w postaci zgęstków, pokrywających rdzeń przedłużony, most, częściowo móżdżek, circulus arter. Willisii; podstawy płatów czołowych ubarwione krwią. Wszystkie zbiorniki wypełnione krwią. Na powierzchni wypukłej ślady ubarwienia krwawego. Wszystkie komory wypełnione krwią i zgęstkami. W rdzeniu opona twarda wolna od skrzepów, natomiast pod pajęczynówką, od tyłu, cały rdzeń od górnej części grzbietowej aż do połowy ogona pokryty nieprzerwanym skrzepem krwi, zaś od przodu skrzepy krwi zbierają się jedynie w części lędźwiowokrzyżowej i nad ogonem końskim oraz w mniejszym stopniu w cz. górnej grzbietowej. Nadto skrzepy krwi zbierają

się w częściach bocznych w okolicy połączeń korzeni przednich z tylnemi.

Badanie drobnowidzowe (nieukończone) wykazało narazie zmiany w naczyniach mózgu, mianowicie bujanie śródblonka w postaci Endoarteriitis obliterans.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość sekcyjnych przypadków krwotoków podpajęczynówkowych, oraz pozwala nam wyodrębnić poszczególne postaci z ogólnej grupy krwotoków podpajęczynówkowych.

W dyskusji Goldflam uważa, że wynik badań anatomopatologicznych każe przypuszczać, że krwotok w danym wypadku wystąpił nie samoistnie, jak to bywa zazwyczaj w t. zw. Leptomening. haemorrhagica (lub Haemorrhagia subarachnoid.), lecz raczej na tle (swoistych?) zmian w naczyniach krwionośnych sercu i mózgu. Niemota, jako powikłanie tu obrazu klinicznego, nasuwała myśl o kile. — Krwotok zebrał się w dolnym odcinku i spłynął na tylną powierzchnię rdzenia. Higier uważa każdy krwotok podpajęczynówkowy za objaw wtórny (podział na samoistne i niesamoistne H. uważa za niesłuszny), tłem tu być może Endarteriitis oblit., jako objaw wczesnych zmian wstecznych w naczyniach, co łącznie ze zmianami w sercu i małemi napadami padaczki krwotokowi sprzyjało. Simchowicz podkreśla mikroskopowe zmiany w naczyniach małych, zgrubienie opony miękkiej z nacieczeniami wokół tętniczek i drobniejszych naczyń (nowotworzone włókna elastyczne w nich) — łącznie ze zgrubieniem ścian naczyń nasuwa tu myśl opodłożu swoistym.

Herman. **Przypadek sekcyjny akromegalji, operowany przed 13 laty**. (Z oddz. E. Flataua).

Chora St. B., l. 42, przybyła na oddział d-ra Flataua 19.IX. 1924 r.

Miała 4-o dzieci zdrowych, jedno zmarło; raz roniła (II ciąża). Jeszcze przed 13 laty zgłosiła się do d-ra Bychowskiego, który miał chorą w opiece az do ostatniej chwili. Z notatek, użyczonych H. łaskawie, dowiadujemy się, iż w r. 1907 chora urodziła ostatnie dziecko, karmiła wówczas 7 kwartałów i od tego czasu straciła miesiączkę. Jeszcze w 1900 r. zauważono, iż twarz jej się zmienia, mianowicie nos się powiększa. D-r B. stwierdził wówczas akromegalję, brak oddziaływania na światło źrenicy pr., oraz wiotkie oddziaływanie lewej, nadto osłabienie odruchów kolanowych. Skierowano ją wówczas do dr. Eiselsberga w Wiedniu (listopad 1911 r.), który stwierdził u chorej, oprócz wymienionych zaburzeń, lewostr. niedowidzenie skroniowe, zniszczenie siodła tureckiego. W grudniu 1911 r. operacja przez nos, wyłyżeczkowanie częściowe guza, który drobnowidzowo Stork rozpoznawał, jako mięsak, Erdheim, jako gruczolak (przyp. ogłoszony w 100 tomie Archiv fur Klinische Chirurgie). Przebieg był pomyślny: znaczna

poprawa wzroku (d.— 1, s.—$^{1}/_{4}$), cofanie się obj. akromegalicznych (już po 2 tyg.); po roku miesiączkowanie powróciło, po 3 latach normalny poród. Po 10 latach (1921) ponowne pogorszenie, utrata menstruacji, bóle głowy, tarcze zanikowe, zniesienie odruchów kolanowych, wyraźna akromegalja.

Na oddziale stwierdzono objektywnie (1924): akromegalję, węch po str. pr. zniesiony, po lewej słabo zachowany, obustronny zanik prosty nerwów wzrokowych, całkowitą ślepotą z obu stron, brak oddziaływania na światło, osłabienie mięśni prostych oczu, brak odruchu kolanowego prawego, oraz minimalny lewy; zniszczenie siodełka tureckiego. Wassermann we krwi i płynie ujemny. Płyn m. rdz. bez zmian. Przychicznie podrażniona; zorjentowana. 3.X.24 zmarła po objawach szybko postępującego charłactwa.

Badanie pośmiertne wykazało guz polipowaty w jamie nosowej, zaś w okolicy siodełka tureckiego olbrzymią torbiel (5 X 4,5 cm.), zajmującą okolicę międzyszypułkową, międzyskroniową i międzyczołową; przednia część ściany górnej tej torbieli była gładka, środkowa zaś pokryta wyroślami. Nerwy wzrokowe, okoruchowe i bloczkowe ścieńczałe i szare. Badanie drobnowidzowe — wykazało torbielak przysadkowy. Szczegółowe badanie drobnowidzowe w toku.

W dyskusji Bychowski uzupełnia szczegółowo przebieg choroby, gdy w 1911 r. chora przed wyjazdem do Eiselsberga była przez czas dłuższy pod jego obserwacją.

Pomimo tragicznego końca chorej, należy podkreślić, że żyła po operacji kilkanaście lat zupełnie zdrowa. Przed operacją okiem prawym nic nie widziała, lewym bardzo mało (vis. $^{1}/_{5}$). Odczynu źrenicy oka prawego nie było 2 miesiące, zaś po operacji visus oc. sin = 1, oc. d. = $^{1}/_{4}$, oddziaływanie źrenic sprawne. Chora też wkrótce po operacji zmieniła się na korzyść i pod względem kosmetycznym. Zastanawiało zawsze, że odruchy kol. można było otrzymać tylko przy pomocy sposobu Jendrassika. Na szczególną uwagę zasługuje to, że chora, która dwa lata przed operacją nie miesiączkowała (co było jedną z głównych jej skarg), dostała 8 mies. po operacji perjod, a po roku urodziła zdrowe dziecko. Trudno o ciekawszy przykład korrelacji (czy pośrednio, czy bezpośrednio, to inna kwestja) między przysadką a jajnikami. Nie odmawiając bynajmniej słuszności czynionym obecnie próbom leczenia nowotworów przysadki przy pomocy głębokich naświetlań, które to leczenie powinno trwać dłuższy, nieokreślony zwykle czas, B. zaznacza, że tam, gdzie wzrok jest bardzo zagrożony, jak to miało miejsce w danym przypadku (vis. oc. dex. = 0, oc. sin. = $^{1}/_{10}$, blade tarcze) należy operować, a następnie od czasu do czasu naświetlać albo, jak to robi Hirsch, stosować rad przez nos. Z 5 ciu chorych B. operowanych jedna zmarła 3 l. po operacji, reszta żyje w dobrym naogół stanie, jedna chora już przeszło 15 lat o wcale

dobrym wzroku, jakkolwiek przed operacją siła widzenia była już prawie O.

Flatau miał możność obserwowania dalszych losów chorych, operowanych przez Eiselsberga. W jednym z nich nastąpiła po operacji poprawa, która jednak nie była długotrwała. Wystąpiły objawy nowotworu, bardzo ciężkie, które doprowadziły do śmierci. Sekcja wykazała olbrzymi guz przysadki, rozrastający się wgłąb mózgu. W drugim przypadku, przedstawionym przez Hermana, nastąpiła również poprawa, lecz, jak widzimy, powstał na miejscu przysadki guz dużych rozmiarów. Prawdopodobnie została usunięta przy operacji nieznaczna tylko jego część.

F. przemawia za tem, aby w przypadkach odnośnych stosować naświetlanie promieniami Roentgena i uciekać się do operacji tylko w tych przypadkach, w których objawy, pomimo naświetlań, nie ustępują, szczególnie zaś, gdy rozwijają się zaburzenia wzroku.

Goldstein sądzi, że sposób operowania guzów przysadki, opisany przez Szloffera, nie należy uważać za doskonały. Pole operacyjne jest bardzo ograniczone, pracuje się w głębi i poniekąd na ślepo się usuwa części nowotworu, nie mając nigdy pewności, ile się usunęło, a ile zostawiło. Okoliczność ta skłoniła chirurgów do szukania nowych dróg. Jeśli się nie mylę, Borchard zaproponował olbrzymią trepanację, prawie że połowy czaszki po jednej stronie; następnie w odpowiednim ułożeniu pacjenta na drugim boku odchylamy całą półkulę mózgową i w ten sposób otrzymujemy bezpośredni dostęp do podstawy czaszki i do przysadki mózgowej. Jakie będą wyniki operacyjne po tym sposobie operowania, trudno w tej chwili przesądzać.

Higier omawia strony dodatnie w operacji przez nos, która Eiselsberg w danym wypadku wykonał tak szczęśliwie przed laty, przyczym prawdopodobnie stała się ona głównie zabiegiem odciążającym. — Gantz przypomina o sposobie Hirscha z Wiednia, który poprzez przegrodę nosa i zatokę klinową dostaje się do przysadki.— Natanson omawia związek między zaburzeniami miesiączkowania a nowotworami przysadki (wzgl. sprawami uciskowemi z tym związanemi). Endelman widzi przedewszystkiem w poprawie szybkiej wzroku w danym wypadku przed laty dowód skuteczności wykonanego zabiegu. Simchowicz pyta, czy nie było podczas ostatniego pogorszenia wskazanie do powtórzenia operacji. — Rotstadt przytacza własny przypadek torbieli przysadki u kobiety w wieku średnim, którą z powodu niezmiernie szybko postępującego zanikania wzroku poddano w 1918 r. operacji przez nos (Eiselsberg). Chora ta żyje, jest zdrowa, widzi (już 6-ty rok po operacji) zupełnie dobrze, nie ma też jakichkolwiek objawów uciskowych.

Sterling Wacł. **Przypadek siatkowatego zapalenia skóry.**

Chora 30-toletnia, cierpiąca na rzeżączkę i związane z tym zajęcie lewego stawu napiąstkowego. Na k.k. górnych i dolnych jaskra-

wo zaznacza się sieć naczyń krwionośnych. Przeważnie objaw ten występuje po długim działaniu ciepła; często spostrzegamy go u handlarek ulicznych, stale używających do ogrzewania nóg garnków z zarzącemi się węglami.

Bau-Prussakowa. **Przypadek guza móżdżku u dziecka z rzadkiemi objawami ruchowemi i odruchowemi.** (Z oddz. E. Flataua).

Chłopczyk lat 5-iu, chory od $2^1/_2$ mies. Zrazu wymioty, poczym zawroty i bóle głowy. Przed 3-ma tygodniami już chód chwiejny, osłabienie pr. k. d.; niebawem przestał zupełnie chodzić. Przed tygodniem napad drgawek ogólnych, utrata przytomności. T^0 norm.

St. ob. Czaszka duża, jak w wodogłowiu krzywiczym. Źrenice szerokie, odczyn = 0. Tarcze zastoinowe z zaznaczonemi objawami rozpoczynającego się zaniku; drobne wybroczyny. Siła wzroku obustronnie = 0. Słuch +. Niedowład słaby gałązki doln. praw. n. twarzowego. Odr. rogówk. +. Sprawność ruchowa k.k. prawostronnych gorsza. Asynergja >> w mięśniach k. k. g. i d. i tułowia. Czucie bólowe +, o innych orzeczenie trudne z powodu znacznego upośledzenia umysłowego. Odcz. na k. k. g.—słabe; PR. i AR. dość żywe, pr. > l.; odcz. Bab.—obustronnie. K. k. górne wiotkie, bez stałego ułożenia, natomiast k. k. dolne stale wyprostowane we wszystkich stawach, stopy, jak pes equinus. Napięcie mięśni wyprostnych wzmożone, t. zw. decerebrated rigidity Sherringtona. W k. k. d. ruchy mimowolne, myokloniczne (wpływ prawdopodobny ucisku pł. mózg.-rdz. na węzły podstawowe mózgu). W k. górn. prawostr. (niedowładnej)—objawy odruchu toniczno-szyjnego i toniczno-błędnikowego Magnusa i de Klejna, a mianowicie: jeżeli choremu (gdy go posadzić) przeginać silnie głowę ku przodowi, to widać, jak kończyna pr. g. odchyla się trochę od tułowia i zgina się w stawie łokciowym, gdy jednocześnie zginają się palce u dłoni prawej. W lewej k. g. objaw ten nie występuje. Zjawisko to jest wyrazem odruchu toniczno-błędnikowego, zależnego od zmiany kierunku ustawienia głowy. Pozatym w k.k. górnych stwierdza się objaw Kurta Goldsteina: jeżeli unieść ręce chorego i, trzymając je tak w górze, ustawić przedramiona w ułożeniu największej pronacji lub supinacji, to natychmiast wracają do pozycji zwykłej najwygodniejszej u człowieka (u normalnego zachowują nadane im położenie).

Według K. Goldsteina objaw ten występuje po uszkodzeniu dróg ponadmóżdżkowych (supracerebellar.) i jest wyrazem wyzwolenia mechanizmów móżdżkowych.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 7 listopada 1924.

Przewodniczył Jastrzębski.

Milejkowski. **W sprawie leczenia przymiotu, powikłanego schorzeniem nerek.** (Patrz art. or. Kw. Kl., Tom IV, Zesz. I).

W dyskusji brali udział Zajdenbeutel, Goldflam i Milejkowski.

Sterling Wcł. **Przyczynek do kliniki i profilaktyki wysypek pobizmutowych.** (Odczyt; patrz Kw. Kl. T. IV, Z. 1).

W dyskusji Bregman przytacza przypadek wysypki pobizmutowej ze swej praktyki, dotyczący kobiety 92-l. z objawami przymiotu rdzenia. Chora przeszła liczne kuracje rtęciowe i arszenikowe. Po neosalwarsanie doznawała kilkakrotnie dreszczy i bólu głowy, ale nie miała nigdy wysypki. Po 2-im zastrzyknięciu domięśniowem „Quinby" zauważyła wysypkę, mocno swędzącą i palącą, która po 3-im i 4-ym zastrzyknięciu (dokonanych na prowincji w odstępach 3—4 dniowych) jeszcze sie wzmogła, wskutek czego chora zaniechała dalszych zastrzyknięć. Wysypka zajmowała kończyny, tułów i twarz. Twarz była obrzmiała.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 21 listopada 1924 r.

Przewodniczył Klejn.

C. Jastrzębski. **Pokazy 3 preparatów anatomo-patologicznych.**

a) Ziarnica złośliwa tylko gruczołów krezkowych u kobiety.

Przebieg choroby był ostry, ze znacznym podwyższeniem ciepłoty i objawami zapalenia wysiękowego otrzewny. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na ograniczone umiejscowienie sprawy i trudności rozpoznania jej za życia.

b) Zwężenie dwunastnicy u dziecka 28-dniowego, spowodowane odmianą przebiegu naczyń krwionośnych.

Wskutek braku tętnicy trzewnej, wątroba, żołądek oraz śledziona były zaopatrywane w krew za pomocą gałązki, odchodzącej od tętn. krezkowej górnej. Gałązka ta jednakowoż miała przebieg odmienny, niż to bywa w przypadkach podobnych: 1) odchodziła ona od t. krezkowej górnej już po wyjściu tej ostatniej z kanału pomiędzy dwunastnicą a trzustką i po drugie, krzyżowała się ze zstępującą częścią dwunastnicy od przodu, t. j. po stronie lewej. Wskutek opisanego przebiegu naczyń krwionośnych dwunastnica została okrążona jakby pętlą tętniczą, składającą się z aorty, t. krezkowej górnej i t. wątrobno-żołądkowej. Okoliczność ta była bezpośrednią przyczyną w danym przypadku znacznego zwężenia dwunastnicy przez zadzierzgnięcie, które nastąpiło po urodzeniu się płodu i było spowodowane rozszerzeniem płuc oraz opuszczeniem przepony i trzew brzusznych. Zwężone miejsce dwunastnicy przepuszczało zgłębnik zaledwo 1 mm. grubości. Jako sprawy następcze w demonstrowanym przypadku, należy zaznaczyć rozszerzenie przełyku, żo-

łądka i dwunastnicy aż do brodawki z przerostem ich ścian. Współistniejące inne wady rozwojowe znaczenia klinicznego nie posiadały.

Przypadek zasługuje na uwagę klinicysty dla tego, że dotąd w piśmiennictwie odmiany przebiegu naczyń nie były uwzględniane, jako przyczyna niedrożności dwunastnicy, oraz dla tego, że prawidłowe rozpoznanie dałoby możność przystąpienia tu do celowego zabiegu chirurgicznego i może nawet uratowania życia.

c) Wada rozwojowa serca u noworodka z wybitną sinicą za życia.

Badaniem pośmiertnym stwierdzono: 1) drożny otwór owalny w przegrodzie międzyprzedsionkowej, 2) brak przegrody międzykomorowej i 3) szczątkowy przedsionek lewy, nie komunikujący się z komorą. Odejście od serca głównych pni naczyniowych było prawidłowe. Według prelegenta, przedstawiona wada należy do bardzo ciężkich i rzadkich i jest spowodowaną nieprawidłowym wzrostem przegrody międzyprzedsionkowej wskutek przesunięcia się jej części dolnej w lewo poza wspólny otwór przedsionkowo-komorowy.

J. Kempner. **Przypadek porażenia postępującego.** (Z oddz. M. Bornsztajna).

M. Z., lat 25, żona posterunkowego P. P. w Pińsku. Ojciec alkoholik, umarł na chorobę serca; brat cioteczny przechodził psychozę. Pacjentka była zawsze zdrowa, usposobienia i charakteru normalnego, trochę „nerwowa". Ukończyła 4 kl. Wyszła za mąż w 1918 r. W 1920 r. zakażenie kiłą przez męża. Po ukazaniu się drugorzędowych objawów, otrzymała dwukrotną kurację przeciwkiłową: 1) w roku 1920 (w Szpitalu św. Łazarza) 10 wcierek rtęciowych i 2) w roku 1921 (prywatnie w Warszawie) — 4 wlewania salwarsanu. Od tego czasu aż do 5.X.1924 zupełnie zdrowa. W międzyczasie urodziła 1 raz żywe dziecko, które po 7 godzinach umarło; 3 razy roniła. Obecnie jest w 5-ym miesiącu ciąży. 5.X.1924 r. zaczęła źle wymawiać sylaby, mowa była zmieniona i niezrozumiała. W Pińskim Szpitalu Wenerycznym otrzymała 2 wlewania salwarsanu i 3 nakłucia rtęciowe. 9.X.24 r. mowa pod względem formy znacznie lepsza, a stała się niedorzeczna pod względem treści. Podniecona, źle sypiała, zanieczyszczała się, zdawała sobie jednak przytym sprawę ze swego stanu, żądała leczenia salwarsanowego; 15.X. umieszczono ją w Tworkach; 18.X.24 r., na życzenie męża, przeniesiona na oddział psychiatryczny Szpitala na Czystem. Tu niespokojna, podniecona, zanieczyszcza się, źle sypia, usposobienia zmiennego: b. łatwo przechodzi od płaczu do śmiechu i radości, wypowiada coraz to nowe a nieumotywowane pretensje i żądania, to prosi o lekarstwo, to chce już zaraz iść do domu i t. d. Podczas badania zwraca przedewszystkiem uwagę dyzartrja: mowa jest drżąca, powolna i zamazana. Treść mowy: urojenia o charakterze wywyższeniowym, mające cechy mniejszego lub większego otępienia umysłowego. Chora pozatym jest zorjentowana co do miejsca i otoczenia, a częściowo

co do swojej choroby; wie, że ma lues i że stan jej wymaga obecnie leczenia. W urojeniu twierdzi, że ukończyła politechnikę w Paryżu i w Warszawie, że jest lekarzem, specjalistą chorób ginekologicznych i wenerycznych, że sama sobie zastrzykuje salwarsan, że jest b. bogata, a mąż jej jest komisarzem P. P., pobiera 40 miljardów pensji na miesiąc, ma wielkie dochody od interesantów, do 30 miljardów dziennie; wydaje 100 tysiącom ludzi przepustki co dzień na przewóz towarów zagranicę i t. d. Chora ma na własność kino „Stylowy" w Warszawie, jest tam kasjerką; zajmuje 7 pokojów w Warszawie; ma 4 dzieci; dwoje własnych i dwoje przybranych i t. d. Przykłady takie można by mnożyć bez końca. Pozatym chora ma zaburzenia pamięci i zapamiętywania, zaburzenia w orjentacji co do czasu, zanik zdolności liczenia nawet w granicach tabliczki mnożenia, następnie nieumotywowaną zmienność stanu uczuciowego i zanik uczuć etycznych. Wreszcie w obrazie klinicznym zwraca uwagę drżenie kończyn i języka, wzmożone odruchy ścięgniste, zmienność odruchu źrenic na światło, gdy odczyn na zbieżność jest zachowany. We krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym odcz. Wass. ++++; w płynie mózg.-rdzen. białka 0,25$^0/_{00}$; limfocytów 32; Pandy, Non.-Ap. +.

Obraz chorobowy przedstawia tu przykład obecnie rzadki a klasyczny obłędu rozprężliwego w porażeniu postępującym z wybitnie wyrażonymi urojeniami wywyższenia. Przyczyny zaniku takich obrazów — dawniej znacznie częstszych — są nieznane. Jest to zresztą wogóle 6 przypadek porażenia postępującego u kobiet na oddziale d-ra Bornsztajna w ciągu 16 lat (5 wyzn. mojż., 1 rz.-kat.). Przyczyna prawdopodobna rzadkości poraż. postęp. u kobiet żyd.—czystość obyczajowa tej warstwy żydowskiej, która leczy się w Szpitalu na Czystem. Według statystyki prof. Hoche'go (1912 r.), stosunek liczby zachorzeń na p. p. u kobiet i u mężczyzn ma się, jak 1 : 2, względnie 1 : 3,5. Stosunek zaś proporcjonalny do gęstości zaludnienia u żydów jest taki, że np. w klinikach i szpitalach berlińskich $^0/_0$ zapadania żydów na p. p. jest większy, niżby to wynikało z $^0/_0$ ludności żydowskiej, czyli, że żydzi częściej w Berlinie na p. p. chorują, niż chrześcjanie.

Przypadek nasz zastanawia jeszcze z powodu tego, że między zarażeniem się kiłą a wybuchem p. p. minęło tylko 4 lata. Według Hoche'go, Kraepelina oraz Juniusa i Arndt'a—mija od 10—15 lat między wybuchem jednej a drugiej choroby. Przypadki, gdzie od zakażenia kiłą do wybuchu p. p. minęło mniej, niż 5 lat, stanowią 0,33$^0/_0$ wszystkich przypadków, zebranych w statystyce Juniusa i Arndta. Następnie przeważnie choroba wybucha między 30—50 rokiem życia. Przypadki wybuchu choroby poniżej 27 lat życia (nie licząc p. p. juvenilis) stanowią 0,5$^0/_0$ statystyki wymienionych autorów.

Chora otrzymała 25.X zastrzyk 3 cm.^{3} krwi chorego na zimnicę, przeszła od 19.XI. — 28.XI 10 ataków zimniczych i wyle-

czona została z malarji chininą. O wynikach kuracji wogóle w danym przypadku K. zda sprawę na jednym z posiedzeń naukowych.

Bychowski (mł.). **I. Przypadek śpiączki nagminnej u 16-letniego chłopca** (podany pierwotnie, jako przypadek katatonji, gdyż rozpoznanie różniczkowe nie mogło być zrazu ustalone i dopiero przebieg dalszy rozstrzygnął tu sprawę).

B. pokazuje chorego nie ze względu na trudności rozpoznawcze, jakie nasuwa, a jedynie w celu zademonstrowania niezbyt częstego objawu echomimji, który, jak widać, występuje w danym przypadku niezmiernie wybitnie.

II. Przypadek psychozy kiłowej.

40-letni szlifierz przechodził kiłę w r. 1912. „Leczył" się tylko lokalnie, u felczera. Objawy skórne podobno były b. słabe. W 1918 r. prawostronne połowicze porażenie z niemotą. Po miesiącu wrócił do pracy. W czerwcu 1923 r. porażenie kończyn obustronne z zachowaniem mowy. Do sierpnia w Szpitalu Przemienienia Pańskiego; od października do grudnia na oddziale d-ra Flataua, gdzie stwierdzono prawostr. niedowład, odcz. Wass. we krwi i płynie ++++, pozatym badanie płynu na globuliny i elementy wypadło ujemnie. Psychicznie był zupełnie normalny. Po kuracji salwarsanowo-rtęciowej — wypisany z poprawą. IV. — V.24 r. zaburzenia psychiczne: odmawiał posłuszeństwa majstrowi, wypowiadał urojenia—uważał teściową za czarownicę. Na oddziale wypowiada urojenia, twierdzi, że rozmaite osoby bywają zamieniane w zwierzęta, takie czary czyni między innymi i teściowa. Zapoznaje w b. jaskrawy sposób innych chorych, widząc w nich Jezusa Chrystusa, swoich dawnych kolegów i znajomych (Personenverkennung). Rozwija fantastyczną teorję o zapładnianiu na odległość zapomocą systemu kanałów, które na wielką skalę miało być praktykowane na oddziale. Orjentacja chorego zawsze najzupełniejsza, zaburzeń pamięci nie wykazywał nigdy. Omamów brak. Zrazu b. podniecony, oporny, niszczył wokół siebie rzeczy na oddziale, domagając się natychmiastowego zwolnienia. Po przebyciu zimnicy zaszczepionej mu na oddziale, w zachowaniu znaczna poprawa, spokojny i uprzejmy. Urojeń swych nie koryguje, czasem czyni jakgdyby pewne próby w tym kierunku, ale poddaje się zaraz ich dawnej i wciąż jeszcze trwającej oczywistości.

B. wskazuje na trudności, które napotyka chęć ujęcia przypadku jako jednej z kategorji klinicznych i usiłuje wyjaśnić jego prawdopodobną patogenezę. Od opisanych psychoz kiłowych paranoidalnych chory różni się brakiem zupełnym omamów. O porażeniu postępującym nie może być mowy ze względu na brak objawów psychicznych organicznych. Nie mamy też danych do przypuszczenia, że zakażenie swoiste wyzwoliło tu ukrytą a raczej przygotowaną ustrojowo psychozę parafreniczną. Najprawdopdobniejsze wydaje się

przypuszczenie, iż toksyny, powstałe pod wpływem działania leczenia swoistego na krętki, wywołały tu zespół psychotyczny, jako wyraz odczynu mózgowia na przewlekłą intoksykację. Patogeneza taka przeciwstawia ten przypadek zespołom kiłowym organicznym, które są wyrazem rozpadu tkanki mózgowej.

Konferencje neurologiczne oddziału IX-ego.

Posiedzenie dn. 7.XII. 1924 r.

J. Mackiewicz. **Przypadek zespołu bólu piekącego (causalgia, wzgl. sympatalgia) w przebiegu przymiotu rdzenia.**

Zespół bólu piekącego, obserwowany w większej ilości podczas wojny ostatniej w związku z postrzałami kończyn, a wywoływany — jak to wynika z efektu leczniczego po operacji Higier-Leriche'a — przez cierpienie układu współczulnego obwodowego, może powstać również w cierpieniu ośrodkowym układu współczulnego. Przed 2 laty M. demonstrował chorego na nagminne zapalenie mózgowia (Encephalitis lethargica) z typowym zespołem bólu piekącego. Obecny przypadek dotyczy młodzieńca lat 23-ch, zakażonego przymiotem przed rokiem; w ciągu roku leczenie swoiste było jednak przeprowadzone w sposób niesystematyczny i niedostateczny; w czasie ostatnich 5-iu tygodni rozwinął się obraz zapalenia rdzenia z porażeniem kk. dd., nietrzymaniem moczu, objawem Babińskiego z obu stron itd. Wkrótce zjawiły się bóle w prawej dłoni o typie palącym, z wybitnym ubarwieniem różowym skóry na palcach i dłoni. Bóle te miały wszystkie cechy bólu piekącego (Causalgia), a mianowicie: powstawały nie przez dotyk, lecz podczas przeprowadzania przedmiotu po suchej skórze, znikały pod wpływem zwilżania kończyny; jednocześnie wystąpiły też zmiany odżywcze skóry w postaci t. zw. keratodermji w obrębie III, IV, V palców. Zasługuje na uwagę, iż tu zespół bólu piekącego powstał podczas energicznego leczenia swoistego, stąd też przypuszczenie, że został spowodowany przez t. zw. odczyn Herxheimera.

W przebiegu przymiotu rdzenia zespół bólu piekącego nie był jeszcze notowany. Anatomicznie—można przypuścić, iż w danym przypadku został on spowodowany cierpieniem w tractus intermedio-lateralis. M. zwraca uwagę na to, iż t. zw. ośrodkowe bóle w organicznych cierpieniach rdzenia (Scler. mult., Syring., Scler. lat. amyotroph. i innych) często mają te cechy właśnie, co causalgia, wzgl. sympatalgia i są zbliżone pod względem fizjopatologicznym do powyższego przypadku.

W rozprawie Flatau przypomina, że Higier pierwszy podał myśl leczenia bólu piekącego za pomocą sympatektomji. Myśl ta nie była jednak u nas uskuteczniona. Causalgia, to schorzenie pochodzenia centralnego, przypomina niektóre cechy rwy trójdzielnej oraz bólów, występujących w zespołach t. zw. wzgórkowych. W powstawaniu bólu piekącego odgrywają rolę dwa momenty: przypadkowe wciągnięcie w sprawę naczynia, zasilającego ośrodki (lub zwoje) współczulne oraz tropizm jadów do pewnych konglomeratów komórkowych. Zylberlast-Zandowa przypuszcza w danym przypadku schorzenie ośrodków sympatycznych. Bychowski (st.) zwraca uwagę na rzadkość schorzeń obwodowych nerwów współczulnych na tle kiły. Higier umiejscawia w danym przypadku sprawę chorobową w komórkach współczulnycz rdzenia. H. rzuca myśl, iż być może bóle wogóle są pochodzenia sympatycznego. Simchowicz podkreśla, że kiła układu współczulnego jest dotychczas mało opracowana. S. obserwował w jednym przypadku kiły zespół Cl.-Bernard'a—Hornera, w drugim zaś — wytrzeszcz jednego oka, jednocześnie jednak ze zwężeniem szpary ocznej oraz źrenicy. Goldflam myśli, że bóle, na które cierpi chory pokazany, nie należy nazywać: causalgia—są to bóle centralnego pochodzenia. G. uważa za słuszne umiejscowienie schorzenia w danym przypadku raczej we wzgórku wzrokowym, a nie w rdzeniu, brak tu bowiem między innemi objawu Cl.-Bernard'a—Hornera. Bregman uważa zespół bólów w danym przypadku za wyraz reakcji Herxheimera; przemawia za tem i ustąpienie bólu pod wpływem dalszego leczenia.

Szpilman-Neudingowa. **Przypadek guza rdzenia.**

R. D. lat 72, przybył na oddział dn. 28.VIII.24. Chory od 11 miesięcy. Na początku miał ból w prawym boku pod żebrami, a po 2 miesiącach i powyżej krzyża. Po kilku tygodniach taki sam ból w lewym boku, na tej samej wysokości, co i z prawej strony. Od marca r. b. na brzuchu uczucie opasywania, niestałe, trwało 1—2 godz., czasami noc. 3—4 tyg. przed przybyciem na oddział wystąpiło bardzo częste moczenie, lecz moczu nie gubił, nie było też zatrzymania moczu. Stolce zrazu zaparte, poczym—jeszcze przed przybyciem na oddział — 2—3 razy na dobę. W marcu r. b. osłabienie pr. k. d., chodził o lasce; po 2 mies. osłabienie l. k. d. Osłabienie obu k. k. d. stopniowo tak postępowało, że chory niebawem przestał chodzić (3 tyg. przed przybyciem do Szpitala). Od 2 mies. przeszło omamy czuciowe, jak „mrożenie" tyłu stóp i w 2 pierwszych palcach obu k. d. d., „stóp ściąganie". Przed 3 laty uraz z pobiciem. 7 dzieci; żona raz roniła. Lues negatur. Wyskoku nie nadużywał.

St. ob. Budowa prawidł. Narządy wewnętrzne ·|·. Nerwy czaszkowe norm. K. k. g.—norm. K. k. d.; minimalne ruchy palców, ruchy pozostałe k. k. d. = 0. Zaburzenie wszystkich rodzajów czucia sięga poziomu łuków żebrowych. Ucisk na kręgi szyjne, grzbietowe i lędźwiowe powoduje ból o nasileniu zmiennym. Odr. kol. obustr. jednakowe, żywe. Odr. ze ścięg. Achil. obustr. umiarkowane. Podeszwowe, obj., Oppenheima, Rossolimo = 0. Odcz. Wass. z płynu mózgowo-rdzen. i krwi — ujemny. Płyn mózg.-rdzen. przezroczysty, 3 limf. N-A ++. Obraz kliniczny choroby był zmienny. W połowie września chory zaczął ruszać palcami obu k. k. d. dość dobrze, stopami w wymiarze minimalnym. Czucie było bez zmiany. Rodzajem próby zastosowano wcierania szarej maści, po których czucie znacznie się poprawiło, zaburzenia czucia dotykowego pozostały tylko na palcach, a czucie bólu było zniesione na udach i brzuchu do pępka, jedynie czucie cieplne wykazywało granicę do podżebrza. Niedomoga pęcherza ustąpiła. Inne objawy bez zmiany. Dn. 5.XII.24. pogorszenie; stwierdzono znów jedynie minimalne ruchy palców u stóp. Czucie uległo również pogorszeniu z granicą do łuku żebrowego, rozpoczęło się też znowu moczenie mimowolne. Podeszwowy prawy 0, lewy od str. zewn.—0, od str. wewn. — zginanie palców.

10.IX.24. przekłucie szczytowo-potyliczne; wprowadzono 1,0 lipjodolu. R-gram po godzinie wykazał zatrzymanie się lipjodolu na wysokości 7 kręg. grzbietowego. Po 6 dniach powtórne zdjęcie: r-gram wykazał na tej samej wysokości mniejszą ilość lipjodolu. Celem określenia dolnej granicy lipjodolu zastrzyknięto przez nakłucie lędźwiowe do kanału 1,0 lipjodolu, poczem w ułożeniu Trendelenburga (po 20 minutach) r-gram wykazał zatrzymanie się lipjodolu na wysokości 9 kręgu grzbietowego, a więc przeszkoda = wymiarowi ± $1^1/_2$ kręgu. R-gram zmian w kręgosłupie nie wykazał.

Wziąwszy pod uwagę okres wstępny bólowy, postępujące porażenie obu k. k. d., zaburzenia moczenia, ściśle określoną granicę górną zaburzeń czucia, krótkotrwałą poprawę o charakterze zmiennym—różniczkowanie waha się w danym przypadku między zapaleniem kręgów a nowotworem rdzenia.

Wobec braku zniekształcenia kręgów, zmian kostnych w kręgach, zachowania ruchomości kręgosłupa i względnie nieznacznych bólów — można tu wyłączyć sprawę zapalną w kręgach (Spondilitis). Za nowotworem rdzenia przemawia natomiast mała liczba komórek z wybitnie dodatnim odcz. N.-Ap. w płynie mózg.-rdzen., bóle, przebieg postępujący porażenia, jak również ujemny odczyn Wassermana z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie takie potwierdza też

wlewanie lipjodolu, którego słup wskazuje wyraźnie granicę przeszkody.

W rozprawie Bregman dodaje, że rozstrygnięcie pytania, czy guz jest zewnątrz- czy wewnątrzrdzeniowy, jest tu tak samo, jak w większej części przypadków, niezmiernie trudne. Za nowotworem zewnątrzrdzeniowym świadczą w pewnej mierze: początkowy okres bólowy, porażenie postępujące najpierw jednej, potem drugiej kończ. dolnej (objawów porażenia Brown Sequard'a tu nie spostrzegano); przeciw temu natomiast — obraz nietypowy porażenia ruchowego. [1]) Pewna poprawa po leczeniu rtęciowym oczywiście nie dowodzi przymiotu, tymbardziej, że potym nastąpiło pogorszenie. Wobec możliwości ścisłego określenia umiejscowienia sprawy, B. uważa za wskazany zabieg operacyjny. Flatau zwraca uwagę na przypadki Spondyl. tbc. bez zmian roentgenologicznych. To samo dotyczy nowotworów kręgów. Zabieg operacyjny w wieku chorego jest niebezpieczny. Należałoby sprobować naświetlań prom. X. Fl. radzi stosować naświetlania w małych dawkach. Goldflam sądzi, że niektóre objawy przemawiają przeciw lokalizacji grzbietowej (brak Babińskiego, brak objawów kurczow., ruchów obronnych, zwł. podążającego (remitt.). G. przypuszcza raczej guz wewnątrzrdzeniowy. Mesz dodaje, że utrzymanie się lipjodolu na tej samej wysokości w ciągu 3 dni przemawia za sprawą uciskową. Higier uważa, że granice znieczulenia przemawiają za lokalizacją w części lędźwiowej. H. przypuszcza tu możliwość gruźlicy kręgów + torbiel. Mackiewicz zaznacza, że należałoby zastrzyknąć lipjodol nadtwardówkowo dla ułatwienia rozpoznania różniczkowego między gruźlicą kręgów a guzem rdzenia. Zandowa uważa, że czucie, być może, niedostatecznie zbadano. Są objawy rozszczepienia czucia; zapytuje, czy chory ma jeszcze bóle. Szpilman-Neudingowa tłumaczy, że bóle są nieznaczne, a zaburzenia czucia są zmienne. Bregman podkreśla, że o rozszczepieniu czucia niema tu mowy; cz. dotyk. jest również zajęte. Granica zaburzeń czucia odpowiada miejscu zatrzymania się lipjodolu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Zniesienie odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa, które nastąpiło już po pokazie, zgadza się również raczej ze sprawą wewnątrzrdzeniową.

OD REDAKCJI.

Rękopisy, nadsyłane do Redakcji, powinny być pisane czytelnie, tylko na jednej stronicy kartki z pozostawieniem marginesu, o ile możności na maszynie.

TREŚĆ NUMERU:

A. Zamenhof: Przyczynek do etiologji ziarniniaków spojówki — *Wcł. Sterling:* Kilka uwag w sprawie kliniki i profilaktyki wysepek pobizmutowych. — *J. Milejkowski:* O leczeniu przymiotu, powikłanego schorzeniem nerek —*Bau-Prussakowa*: O znaczeniu rozpoznawczym wlewań lipjodolu do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia. — *A. Graber:* O ropniach podprzeponowych. *M. Płońskier:* O samorodnym pęknięciu serca. Sprawozdania z posiedzeń naukowych (IX—XI 1924).

SOMMAIRE:

A. Zamenhof: Contribution a l'étude sur l'étiologie des granulomes de la conjonctive. — *Sterling Wcł.* Quelques remarques de clinique et de prophylaxie des eruptions post-bismuthiques. *J. Milejkowski:* Du traitement de la syphilis, compliquee de lé siond renales. *Bau-Prussak.* La valeur du diagnostic des injections subarachnoidales du lipiodole.— *A. Graber*: Sur les abscès subphréniques. — *M. Płońskier*: Sur la rupture spontanée du coeur. — Comptes rendus des seances cliniques a l'hôpital israelite a Varsovie.

Sprostowanie.

W Z IV-ym, tomu III-go, str. 230, w wierszu 9-ym, u dołu, w opisie pokazu Lubelskiego powinno być w dniu piątym, a nie tygodniu piątym.

Redaktor: **J. Rotstadt.**
Komitet Redakcyjny. **H. Altkaufer, E. Flatau, Wcł. Sterling, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji:
Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 507-12.
Dr J. Rotstadt.

Adres Administracji: (czasowy)
Elektoralna 11, tel. 37-33, Dr. H. Altkaufer

Skład Główny: w Księgarni „Polska Składnica Pomocy Szkolnych"
Marszałkowska 143, tel. 40-64.

„Drukarnia Krajowa" w Warszawie, Żelazna 89, tel. 188-70.